

# HOOFDSTUK 19 Burnout <sup>1</sup>

Prof. dr. A.B. Bakker en A. Mulder

## 19-1 Inleiding

Onder pijnpatiënten binnen de eerste lijn komt een verhoogd percentage burnout voor (Soares & Jablonska, 2004). Fysiotherapeuten kunnen ook zelf worden geconfronteerd met burnout. Dat maakt burnout tot een relevant thema binnen de fysiotherapie. Nadat in paragraaf 19-2 het begrip burnout is gedefinieerd, wordt een aantal duidelijk zichtbare burnout symptomen besproken. Voorts worden veel genoemde oorzaken van burnout samengevat in een theoretisch en empirisch onderbouwd model: het zogenoemde *Job Demands – Resources* model. In paragraaf 19-3 wordt met concrete voorbeelden aangegeven welke rol fysiotherapie kan vervullen wanneer het gaat om de preventie en reductie van burnout.

## 19-2 Burnout: Symptomen en oorzaken

Recent onderzoek maakt duidelijk dat betaalde arbeid een zware wissel kan trekken op de gezondheid van werknemers. Volgens schattingen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Hupkens, 2004) raakt één op de tien werknemers ‘opgebrand’. Hoewel uit eigen onderzoek blijkt dat deze schattingen aan de hoge kant zijn (Bakker e.a., 2000b), is duidelijk dat burnout een belangrijk probleem is voor organisaties. Afgezien van de kosten voor ziekteverzuim, geldt dat opgebrande medewerkers zich in de periode voordat ze uitvallen ook minder goed kunnen concentreren en mede daardoor minder goed presteren (Demerouti e.a., 2009). De rekening die de samenleving hiervoor elk jaar krijgt gepresenteerd, loopt in de honderden miljoenen. De kosten in termen van welzijn en geld onderstrepen het belang van interventieprogramma’s die zich richten op de preventie en reductie van burnout. Dergelijke programma’s zijn in potentie vooral effectief wanneer ze zich richten op de belangrijkste oorzaken van burnout in arbeidsorganisaties.

### 19-2-1 Wat is burnout?

Burnout (letterlijk: ‘opbranden’) is een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie, en verminderde persoonlijke bekwaamheid dat vooral lijkt voor te komen bij mensen die beroepsmatig met andere mensen werken (Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002; Demerouti & Bakker, 2008; Maslach e.a., 2001). De accu is leeg, patiënten of cliënten zijn nummers geworden en men heeft het gevoel dat men tekortschiet in het werk. Emotionele uitputting verwijst naar mentale en fysieke vermoeidheid. Men heeft het gevoel helemaal ‘leeg’ te zijn doordat alle reserves zijn verbruikt. Als gevolg van deze emotionele uitputting zullen veel professionele dienstverleners zichzelf proberen te beschermen door afstand te nemen van hun patiënten of cliënten (Bakker e.a., 2000c). Deze afstandelijkheid wordt

---

<sup>1</sup> Tekst gepubliceerd in *Gezondheidspsychologie voor de fysiotherapeut*, BSL, Houten 2010

depersonalisatie of cynisme genoemd. Kenmerkend hierbij is een negatieve, cynische houding ten opzichte van het werk en ten aanzien van de mensen met wie men beroepsmatig heeft te maken. Cliënten of patiënten worden als onpersoonlijk object beschouwd en als zodanig behandeld. Ten slotte worden ook de eigen werkprestaties negatief beoordeeld. Men heeft het gevoel niet meer naar behoren te functioneren en geen waardevolle dingen meer te bereiken in het werk. Dit in twijfel trekken van de eigen deskundigheid vormt het derde aspect van burnout: verminderde persoonlijke bekwaamheid. De opvatting dat men niet goed functioneert, gaat vaak gepaard met een verminderd gevoel van eigenwaarde (Maslach, 1993).

Het is niet toevallig dat burnout vooral voorkomt in dienstverlenende beroepen, zoals artsen, verpleegkundigen en leerkrachten (Bakker e.a., 2000b). Burnout komt ook voor onder fysiotherapeuten, zij het minder vaak dan bij huisartsen of verpleegkundigen (Kersten, e.a., 1997). Ongeveer 5% van alle fysio-manueeltherapeuten zou burnout zijn (De Vries & Hoogstraten, 1996).

De aanhoudende intensieve en emotioneel belastende contacten die zo kenmerkend zijn voor deze beroepen maken dat bij velen het aanvankelijke enthousiasme na verloop van tijd omslaat in gevoelens van irritatie en vermoeidheid. Zo zal de huisarts die het eerst als een uitdaging zag om zijn patiënten te helpen met hun ziekte bij voortdurende confrontatie met lastige en ontevreden patiënten het gevoel krijgen dat hij weinig terug ziet voor de energie die hij in zijn werk steekt (Bakker e.a., 2000c). Op soortgelijke wijze kan het heilige vuur van een jonge onderwijzeres worden gedoofd, wanneer ze merkt dat haar leerlingen niet zozeer haar les volgen omdat ze het vak zo leuk vinden, maar veeleer omdat ze die verplichting nu eenmaal hebben (Bakker e.a., 2000a). Dergelijke burnoutprocessen worden versterkt wanneer een persoon op een defensieve manier omgaat met de spanningen op het werk door zich psychologisch terug te trekken. Het gevolg hiervan is dat men apathisch en cynisch wordt, slechter presteert op het werk en allerlei lichamelijke klachten ontwikkelt (Schaufeli & Enzmann, 1998). Het is overigens belangrijk om op te merken dat, hoewel burnout relatief veel voorkomt in zogenoemde contactuele beroepen, studies bij onder meer technici, verkeersleiders en productiepersoneel laten zien dat burnout in alle beroepen kan voorkomen (Bakker e.a., 2002; Demerouti & Bakker, 2008; Maslach e.a., 2001).

### 19-2-2 Burnoutsymptomen

Burnout blijkt zich op een groot aantal manieren te kunnen manifesteren. Schaufeli en Enzmann (1998) noemen meer dan honderd symptomen die in verband worden gebracht met burnout. Deze zijn onder te verdelen in vier categorieën: psychische symptomen, fysieke symptomen, gedragssymptomen en problematische attitudes. Schaufeli en Buunk (1992) maken een onderscheid naar psychische symptomen die depressief, agressief of cognitief van aard zijn. Voorbeelden van de eerste groep symptomen zijn emotionele uitputting, een verminderd gevoel van eigenwaarde en gevoelens van hopeloosheid en teleurstelling. Voorbeelden van agressief 'gekleurde' symptomen zijn snelle irritatie en gevoelens van frustratie, achterdocht en wrok. Voorbeelden van cognitieve burnoutsymptomen zijn een verminderde concentratie en rusteloosheid.

Ook fysieke burnoutsymptomen kunnen worden onderverdeeld in drie groepen. De eerste groep betreft allerlei vage spanningsklachten, zoals hoofdpijn, misselijkheid en pijnlijke spieren. De meest kenmerkende lichamelijke klacht die door de meeste

auteurs in verband wordt gebracht met burnout is extreme vermoeidheid of chronische uitputting (Schaufeli & Buunk, 1992). In de tweede groep fysieke symptomen treffen we typische psychosomatische ziektebeelden aan, zoals maagzweren, maagdarfstoornissen en hartklachten. Ten slotte wordt er een aantal fysiologische stressreacties in verband gebracht met burnout, zoals een verhoogde ademhaling- en hartfrequentie, een hoge bloeddruk en een verhoogde cholesterolspiegel in het bloed.

Gedragssymptomen van burnout kunnen zowel betrekking hebben op het gedrag in het algemeen als op het specifieke gedrag van mensen in arbeidsorganisaties. De individuele gedragssymptomen vloeien allemaal voort uit de verhoogde staat van opwindning waarin iemand die lijdt aan het burnout syndroom verkeert, zoals hyperactiviteit en buitensporig gebruik van sigaretten, alcohol en koffie. Kenmerken van het gedrag in een organisatie van iemand die is opgebrand, zijn bijvoorbeeld een verminderde productiviteit en een hoger ziekteverzuim (Bakker e.a., 2008; Taris, 2007).

Eén van de meest zichtbare symptomen van burnout is de negatieve, cynische en onverschillige houding tegenover de mensen met wie men in het werk heeft te maken (bijvoorbeeld cliënten, collega's, leerlingen of passagiers). Dergelijke problematische attitudes zijn vooral funest in contactuele beroepen, waarin de vertrouwensrelatie de basis vormt van professioneel handelen. Dit werd duidelijk aangetoond in een longitudinale studie onder huisartsen (Bakker e.a., 2000c). De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat burnout op tijdstip 1 een ongewenst effect had op het aantal en de ernst van de negatieve patiëntinteracties op tijdstip 2 (vijf jaar later). De opgebrande huisartsen leken lastige interacties met hun patiënten over zichzelf af te roepen door hun gedrag. Deze bevindingen suggereren dat burnout de kwaliteit van de zorgverlening kan aantasten. Bovendien blijkt dat werknemers elkaar met hun burnout kunnen besmetten (Bakker, Westman & Van Emmerik, 2009). Dit houdt in dat men de negatieve attitudes en de vermoeidheidsverschijnselen van elkaar overneemt, via een onbewust proces van imitatie of via een bewust proces van inleving in anderen. De besmettelijkheid van burnout is ook in de gezondheidszorg aangetoond – namelijk bij artsen (Bakker, Schaufeli, Sixma & Bosveld, 2001) en verpleegkundigen (Bakker, Le Blanc & Schaufeli, 2005).

### 19-2-3 Oorzaken van burnout: het JD-R model

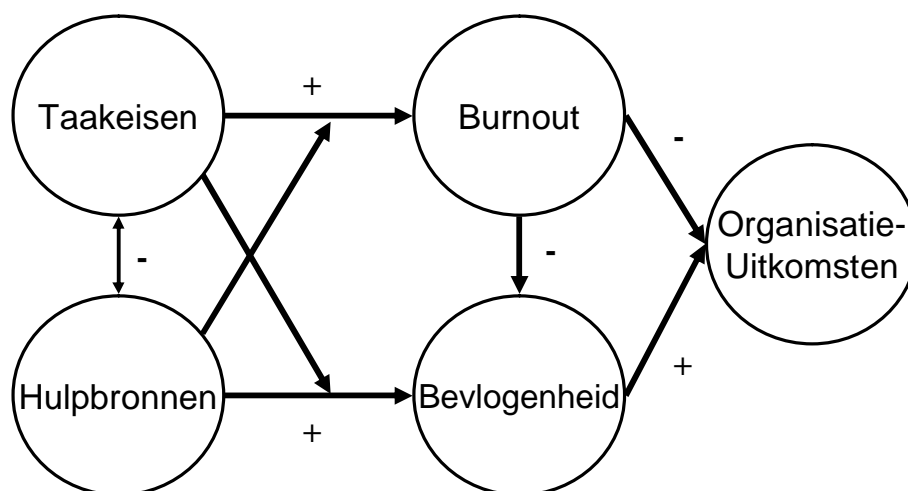
Het onderzoek naar burnout heeft in de afgelopen 30 jaar een 'waslijst' van oorzaken opgeleverd (zie bijvoorbeeld Halbesleben, 2008; Maslach e.a., 2001; Schaufeli & Enzmann, 1998). Bovendien lijkt het erop dat elke beroepsgroep haar eigen specifieke 'risicofactoren' kent. Waar voor stewardessen burnout vooral wordt veroorzaakt door de incongruentie tussen de gevoelens die men openlijk kan uiten ten opzichte van passagiers en wat men daadwerkelijk voelt (emotionele dissonantie) (Heuven e.a., 2006), blijkt voor huisartsen de frequentie van contacten met lastige patiënten één van de belangrijkste voorspellers van burnout (Bakker e.a., 2000c), terwijl voor productiemedewerkers de combinatie van een hoge werkdruk en een gebrek aan autonomie de boosdoener is (Demerouti e.a., 2001).

Een centrale assumptie in het *Job Demands-Resources* (JD-R) model is dat elke beroepsgroep mogelijk haar eigen oorzaken van burnout kent, maar dat deze oorzaken te modelleren zijn in een algemeen toepasbaar en theoretisch onderbouwd model. Het principe van het JD-R model is op abstract niveau vergelijkbaar met de

principes uit het *Demand-Control* model (Karasek, 1979). Volgens Karasek zal werkdruk vooral een ongewenst effect hebben op stressreacties (zoals burnout) wanneer werknemers slechts beperkt invloed kunnen uitoefenen op de invulling van hun werkzaamheden. Het uitgebreide *Demand-Control-Support* (DCS) model (Johnson & Hall, 1988) stelt dat ook een gebrek aan sociale steun van collega's ervoor zorgt dat werkdruk leidt tot verhoogde stress. Voorts wordt aangenomen dat mensen zich vooral zullen ontplooiën in een werkomgeving waarin een grote hoeveelheid activiteiten (werkdruk) gepaard gaat met voldoende autonomie en sociale steun. Ook het DCS-model kent echter zijn beperkingen, omdat het de werkomgeving probeert te modelleren in slechts drie kenmerken (werkdruk, controle en sociale steun).

Het JD-R model (Bakker & Demerouti, 2007) onderkent enerzijds dat spaarzaamheid een belangrijk kenmerk is van elk onderzoeksmodel en anderzijds dat mensen in verschillende beroepsgroepen verschillende taakeisen en hulpbronnen kunnen tegenkomen. Voorbeelden van dergelijke taakeisen zijn een hoge werkdruk, een zware fysieke belasting, rolconflicten en interacties met lastige cliënten. Voorbeelden van hulpbronnen zijn autonomie en sociale steun, maar ook waardering door anderen, ontplooiingsmogelijkheden, en feedback over hoe men functioneert. Volgens het JD-R model kan een verstoorde balans tussen taakeisen en hulpbronnen dus worden veroorzaakt door een groot aantal verschillende kenmerken van de werkomgeving, die in een relatief eenvoudig model zijn te conceptualiseren (zie afbeelding 20-1). Te hoge taakeisen in combinatie met te weinig hulpbronnen zijn voorspellend voor burnout. Burnout is op zijn beurt een voorspeller van de gezondheid en de prestaties van werknemers.

Afbeelding 19.1. Het *Job Demands–Resources* model (Bakker & Demerouti, 2007).



In het onderzoek dat de afgelopen tien jaar is uitgevoerd in een aantal verschillende landen (o.a. Nederland, Duitsland, Spanje, Australië, Verenigde Staten) werd bewijs

gevonden voor het JD-R model in steekproeven bestaande uit bijvoorbeeld verkeersleiders, managers, leerkrachten, verpleegkundigen en productiemedewerkers (Bakker & Demerouti, 2007). In dit onderzoek werd in elk van deze beroepsgroepen steun gevonden voor het JD-R model. Interessant hierbij is dat, zoals voorspeld, het belang van specifieke werkstressoren en energiebronnen voor het voorspellen van burnout per beroepsgroep verschilt. Hoewel de zogenoemde structurele relaties in het JD-R model steekproefonafhankelijk bleken (dat wil zeggen: de verbanden tussen taakeisen, hulpbronnen, en burnout – zie afbeelding 19-1), bleek het gewicht van de specifieke werkstressoren en energiebronnen per beroepsgroep te verschillen.

Bovendien bleek dat hulpbronnen zoals autonomie, feedback en afwisseling in werkzaamheden het ongewenste effect van hoge taakeisen/werkstressoren op burnout kunnen bufferen (Bakker e.a., 2005; Xanthopoulou e.a., 2007). Xanthopoulou en haar collega's toetsten de JD-R interactiehypothese bij grote groepen medewerkers van twee thuiszorginstellingen. Uit de resultaten bleek onder andere dat vrijheid van handelen (autonomie), sociale steun en ontplooiingsmogelijkheden het effect van ongewenste intimiteiten op burnout konden opvangen. Ook bleek dat bijvoorbeeld feedback, autonomie en sociale steun het effect van fysieke taakeisen op vermoeidheid en cynisme konden bufferen. Anders gezegd: wanneer er veel hulpbronnen voorhanden waren, werd het effect van hoge taakeisen op burnout significant verminderd.

#### 19-2-4 Interventies

In tegenstelling tot overspanning en depressie is burnout een typisch werkgebonden probleem (Bakker e.a., 2000a). Mensen die zijn opgebrand in hun werk kunnen daarom bijvoorbeeld tegelijkertijd mogelijk goed functioneren als voorzitter van een volleybalclub. Dit betekent dat er volop aanknopingspunten zijn om burnout te voorkomen of te reduceren. Uit onderzoek blijkt dan ook dat anti-burnout programma's hun vruchten kunnen afwerpen (zie Van der Klink e.a., 2001). Op basis van het JD-R model kan worden beredeneerd en aangetoond dat burnout en ziekteverzuim kunnen worden teruggedrongen door interventies af te stemmen op de belangrijkste taakeisen en hulpbronnen. Tabel 19-1 bevat een overzicht van veel genoemde interventies bij werkstress en burnout (vergelijk Schaufeli, 1990). Zoals in paragraaf 19-3 zal worden geïllustreerd, aan de hand van een casus, kunnen fysiotherapeuten vooral een belangrijke rol spelen bij hantering van burnout.

Tabel 19.1. Een overzicht van veel genoemde interventies bij burnout

Burnout-Reductie	Burnout-Resistentie	Burnout-Hantering
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vermindering van de arbeidsbelasting</li> <li>• verbetering van de arbeidsomstandigheden</li> <li>• verandering van de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sociale steun op het werk</li> <li>• scholing en vorming</li> <li>• aandacht voor hobby's</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bewustwording</li> <li>• stellen van realistische doelen</li> <li>• ontspanningsoefeningen</li> </ul>

taak- of organisatie-structuur <ul style="list-style-type: none"> <li>• meer pauzes</li> <li>• vakantie</li> <li>• verbetering van het salaris</li> <li>• verandering van de stijl van leidinggeven</li> <li>• verandering van werkring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vakspecifieke bijscholing</li> <li>• training in samenwerking</li> <li>• ondersteuning door vrienden en familie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• workshops en trainingen</li> <li>• humor</li> <li>• stoom afblazen</li> </ul>
--	---	--

### 19-3 Behandelingsmogelijkheden binnen de psychosomatische fysiotherapie

A. Mulder

#### 19-3-1 Inleiding

‘Mijn lichaam voelt oud en moe’ geeft Hans (52 jaar) in de intake aan. Hans, leraar in het bijzonder onderwijs, heeft nek- en rugklachten en sterke hinder van koude- en krampgevoelens in zijn handen en voeten. Hij is een cliënt die voor psychosomatische fysiotherapie werd verwezen vanwege zijn lichamelijke spanningsklachten. Hans vertoont de kenmerken van burnout.

In deze paragraaf worden op grond van de praktijkervaring van de auteur en geraadpleegde literatuur mogelijkheden voor behandeling binnen de psychosomatische fysiotherapie uiteengezet.

#### 19-3-2 Behandelingsmogelijkheden binnen de psychosomatische fysiotherapie

Burnout is vooral het gevolg van de uitkomst van het niveau van taakeisen in combinatie met beschikbare hulpbronnen (zie paragraaf 19-2-3). Dit pleit ervoor om interventies gericht op de preventie en reductie van burnout vooral op organisatieniveau vorm te geven.

Fysiotherapeuten hebben in hun dagelijkse praktijk echter vooral met cliënten met burnout klachten te maken en niet met organisaties. Vandaar dat de fysiotherapeut vooral op persoonsniveau invloed zal uitoefenen.

Bij werknemers met burnout of een voortschrijdend proces naar burnout is vaak sprake van een scala aan lichaamsgebonden klachten. Dit is de reden dat deze mensen worden verwezen naar een fysiotherapeut. Cliënten zijn zich bij aanmelding niet altijd bewust dat er bij hen sprake is van burnout. Het is van belang dat de fysiotherapeut onder de lichamelijke klachten waarmee de cliënt zich presenteert het burnoutsyndroom herkent. Als de behandeling zich beperkt tot de lichamelijke klachten, doet men louter aan symptoombestrijding. Bij burnout is er een parallel te zien tussen de verschijnselen op psychisch niveau en lichamelijk niveau: het lichaam representeert wat zich op psychisch niveau afspeelt. In de psychosomatische fysiotherapie worden het lichamelijk en het

psychosociaal functioneren in samenhang onderzocht en behandeld. Dit vormt een goed aangrijpingspunt voor de begeleiding bij burnout.

### 19-3-3 Diagnostiek

Burnout is te herkennen aan de lichamelijke symptomen én het verhaal van de patiënt zoals dat in een gerichte biopsychosociaal anamnese naar voren komt. Emotionele uitputting, herkenbaar in uitspraken als: 'ik kan niet meer, het is helemaal op, ik ben totaal uitgeblust', is het hoofdkenmerk van burnout. Er is sprake van zowel mentale als fysieke sterke vermoeidheid. Bij de fysiotherapeut zal de cliënt behalve deze sterke vermoeidheid ook pijnklachten (onder meer spierpijnen, spanningshoofdpijn, buikkoliek), gewrichtsklachten, slaapstoornissen en algehele gespannenheid presenteren. De andere twee in het oog springende hoofdkenmerken van burnout zijn respectievelijk: depersonalisatie (ook wel omschreven als cynisme, afstandelijkheid) en het gevoel van verminderde persoonlijke bekwaamheid (zie paragraaf 19-2.) Deze twee kenmerken zijn eveneens lichamenlijk terug te vinden. Depersonalisatie gaat gepaard met dissociatie van het normale lichaamsbeleven in de vorm van het minder waarnemen van allerlei lichaamssensaties. Soms uit dit zich in het somatiseren van de lichaamssignalen, waarbij de waargenomen klachten aan een ziektebeeld worden toegeschreven. Parallel met gevoelens van persoonlijke onbekwaamheid wordt het lichaam als insufficiënt beleefd.

In de anamnese dient men ook alert te zijn op symptomen op gedragsniveau zoals hyperactiviteit, agressiviteit of terugtrekgedrag, buitensporig gebruik van sigaretten, alcohol en koffie, maar ook slaapmiddelen- of druggebruik. Deze gedragsymptomen vloeien alle voort uit de verhoogde staat van opwinding waarin iemand die lijdt aan het burnoutsyndroom verkeert. Het gedrag is te begrijpen vanuit de FFF-reactie (fright, flight, fight): verstarren, vluchten of vechten in reactie op de bedreigende situatie. Dit gedrag veroorzaakt weer verdere afname van vitaliteit.

#### 19-3-3-1 Persoonsgebonden eigenschappen

Naast bovenstaande symptomen is het zinvol om te kijken naar persoonsgebonden eigenschappen die iemand kwetsbaarder maken voor burnout vanuit de werksituatie. In de literatuur (Bakker, A.B. Zee, K.I. van der, 2006; Hoogduin e.a., 2001; Schaufeli, 1990) wordt een aantal eigenschappen, irrationele cognities en gedragspatronen geïdentificeerd die vaak bij burnoutpatiënten voorkomen en in de behandeling aanknopingspunt kunnen zijn voor verandering. Feitelijk komen deze eigenschappen in belangrijke mate overeen met de elf persoonskenmerken die Freudenberg al in 1991 noemde (geciteerd in Hoogduin e.a. 2001.). De volgende persoonskenmerken verhogen het risico op burnout:

- neiging tot perfectionisme;
- hard werken;
- plichtsgetrouw zijn;
- toegewijd idealisme;
- ambitieus;
- behoefte zichzelf te bewijzen;
- doelgerichtheid;
- moeite met 'nee' zeggen;
- de eigen grenzen niet kennen;
- meer doen dan kan;

- moeite met delegeren, zichzelf opofferen.

Deze persoonsgebonden eigenschappen gaan vaak gepaard met irrationele cognities ook wel onjuiste opvattingen genoemd, dat wil zeggen: opvattingen die niet stroken met de werkelijkheid en leiden tot disfunctioneel gedrag. Het belang van het identificeren en veranderen van deze onjuiste opvattingen is onder andere beschreven in de cognitieve therapie (Beck, 2000) en de rationeel emotieve therapie (voor praktische toepassing van de RET, zie bijvoorbeeld Dryden e.a., 1994). Prestatiedrang, angst om tekort te schieten en een zeer hoog verantwoordelijkheidsgevoel kunnen samengaan met bijvoorbeeld de volgende irrationele cognities:

- Je moet altijd alles perfect doen.
- Het werk is pas af als het af is.
- Elke cliënt/patiënt dient met succes te worden geholpen.
- Als ik niet slaag, moet ik nog beter mijn best doen.
- Zelfrespect is alleen mogelijk via voortdurende prestaties.

Ook ten opzichte van het lichaam lijken specifieke cognities bij burnout te bestaan:

- Het lichaam moet het gewoon altijd doen.
- Het lichaam is ondergeschikt aan mijn willen en moeten.
- Als het lichaam klachten vertoont, is dit een falen (persoonlijk falen).
- Lichamelijke symptomen duiden op een ziekte (somatisatie).

#### 19-3-4 Interventiemethoden en technieken

##### 19-3-4-1 Algemeen

Het is zinvol voor de aard van de interventies in de individuele hulpverlening burnout als een proces met onderscheiden fasen te beschouwen. Deze zijn analoog aan de fasen in overspanning (Van der Klink e.a., 2005; Mulder, 1998). In alle fasen van het burnoutproces richt de behandeling zich op het anders leren omgaan met stressbronnen, het vergroten van het eigen draagvermogen en het adequaat omgaan met de lichaamssignalen. Echter in de verschillende fasen wordt een ander accent gelegd.

In de *voorfase* is sprake van een langdurige disbalans tussen de investering in het werk en de verwachte opbrengst (zie ook de sociale uitwisselingstheorie in Schaufeli en Bakker, 2007 en gevalsbeschrijvingen van Cherniss, 1995). Zoals gesteld, gaat er mogelijk aan deze voorfase al een specifieke kwetsbaarheid bij de persoon vooraf (zie 19-3-3-1). Bij cliënten die in deze fase verkeren, is het van belang de disbalans tussen (werk)stressoren en draagvermogen of beschikbare energie te keren om daarmee erger te voorkomen. Het identificeren van de stressbronnen en de hanteringswijze van de cliënt is belangrijk om een plan van aanpak te kunnen maken. (H)erkenning bij de cliënt dat het gaat om een burnoutproces is een eerste vereiste.

In de *crisisfase* is de toestand van burnout als eindpunt van een langdurige disbalans ontstaan. De directe stressbronnen zijn vaak niet meer aanwezig, omdat de cliënt inmiddels in de ziektewet zit, maar op psychisch niveau is de cliënt nog volop bezig met inadequate coping, zoals piekeren. In de aanpak is het belangrijk samen met de cliënt als het ware halt te houden, een toestand van rust te creëren. In deze fase wordt geprobeerd de cliënt weer een normale betrekking tot zijn lichaam te laten krijgen. Zowel te grote afstandelijkheid als overbezorgdheid is punt van aandacht.



In de *veranderingsfase* (probleem en oplossingsfase, v.d. Klink ea 2005) is er een begin van vitaliteit herstel. In de behandeling wordt de overgang gemaakt van stilstaan naar een meer actieve aanpak. De revitalisatie is meer actief, zowel lichamelijk als ten aanzien van het vinden van alternatieve oplossingsstrategieën.

De patiënt slaagt er in de *re-integratiefase* (toepassingsfase, v.d. Klink e.a.) in zijn verwachtingspatroon ten aanzien van het werk of zichzelf bij te stellen. Soms leidt dit tot het niet meer terugkeren in de oude functie. De houding van de therapeut verandert van meer behandelend naar begeleidend. Het consolideren van geleerde vaardigheden met betrekking tot hantering en leefwijze is het doel.

Voor alle fasen geldt dat hulpverlening op individueel niveau onvoldoende kan zijn om alle factoren te beïnvloeden. Samenwerking respectievelijk afstemming met andere betrokken hulp of nog in te schakelen hulp, zoals de huisarts, de Arbo-arts of andere therapeuten, is zinvol.

In de behandeling is de therapeutische basishouding van groot belang. Bij cliënten met burnout speelt vaak een negatieve zelfopvatting. Een accepterende, begrijpende basishouding als therapeut (empathische houding) kan tot meer zelfacceptatie bij de patiënt leiden en deze helpen in het loslaten van het idee persoonlijk te hebben gefaald. Het is belangrijk als therapeut niet te worden verleid tot het bevestigen van het beeld dat iemand geeft van gefaald hebben en nog steeds tekortschieten. Een veel werkbaarder uitgangspunt is te stellen dat de afstemming van de eisen zoals de persoon die heeft ervaren en diens behoeften en capaciteiten in disbalans is geraakt, waarbij meestal de eisen het probleem vormen.

#### 19-3-4-2 Specifieke interventies

##### *Op fysiek niveau*

-Interventies bij spierpijn/gewrichtspijnklachten kunnen plaatsvinden middels behandeltechnieken als massage en oefentherapie ter verbetering van de spier- en gewrichtsfuncties.

-Bij somatoforme klachten met een angst voor het lijden aan een ernstige ziekte kan uitleg van de invloeden van chronische stress op het lichaam de angst verminderen.

-Verminderen van de verhoogde algehele gespannenheid. Beproefde middelen hierbij zijn relaxatietechnieken (Lehrer e.a., 2007). Deze bieden de mogelijkheid tot het doorbreken van de chronische stress-arousal. Veel toegepaste relaxaties in de psychosomatische fysiotherapie zijn de autogene training en de progressieve relaxatie, maar ook adem- en ontspanningsinstructies volgens Van Dixhoorn (Van Dixhoorn, 2001) kunnen hier van nut zijn. De relaxatiemethodieken kunnen tevens bijdragen aan een cognitieve reconditionering (ook wel herkadering genoemd); de ervaring dat rust prettig en zinvol is, versus de vaak bestaande opvattingen als 'ledigheid is des duivels oorkussen'. Relaxatioefeningen hebben ook effect op de emotieve-affectieve component: het weer ervaren van een aangenaam gevoel van lichamelijk welzijn. Dit kan een generalisatie geven naar een meer positief zelfgevoel en zelfwaardering, door cliënten vaak uitgedrukt in woorden als: 'Ik voel me goed, ik ben weer de moeite waard' of iets van gelijke strekking. Deze zinnen zijn te gebruiken als een positieve formulering (affirmatie) in de relaxatioefening.

- Oefeningen uit de aandachtstraining of Mindfulness (Kabat-Zinn, 2000) kunnen onder meer ingezet worden om de cliënt meer contact te laten krijgen met zijn lichaam en dit niet te veroordelen.

- Therapeutische aanraking, bijvoorbeeld vanuit een haptonomische werkwijze (Veldman, 2004), kan goed bijdragen aan het herwinnen van een positief zelfgevoel

- Vitaliteit herstellen : middelen hierbij, naast relaxatie, zijn adviezen en oefeninstructies ten aanzien van aangepaste activiteit en afwisseling van rust.

#### *Op gedragsmatig niveau*

Hieronder vallen adviezen met betrekking tot de leefstijl, lichaamsbeweging, rust/ontspanning, koffie/alcoholgebruik, enzovoort. Deze adviezen moeten aansluiten bij de beschikbare vitaliteit van de cliënt: deze is aanvankelijk zeer laag. Hierbij dient de therapeut ervoor te waken de cliënt aan te spreken op zijn oude drang 'te moeten presteren'.

#### *Op cognitief niveau*

Het is zinvol als fysiotherapeut irrationele cognities aan de patiënt terug te geven en de consequenties van deze opvattingen te bespreken. De therapeut kan de cliënt helpen rationele cognities te formuleren, zoals: 'Fouten maken is menselijk.' Ook de eerder genoemde irrationele cognities met betrekking tot het lijf moeten worden vervangen door cognities als: 'Vermoeidheid (c.q. pijn) is een signaal van je lichaam dat vertelt hoe het met je gesteld is' en 'Het lichaam schiet niet tekort, maar geeft grenzen aan. Dit beschermt ook tegen doorgaan'.

### 19-3-5 Casuïstiek

#### *Hans*

Hans, leraar in het speciaal onderwijs voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen, wordt verwezen via de huisarts vanwege zijn sterke lichaamsklachten en lage vitaliteit. Op het moment van aanmelding zit hij een halfjaar in de ziektewet en wordt hij al enige tijd begeleid door de schoolbegeleidingsdienst. Hans toont in het eerste gesprek niet duidelijk zijn emoties, maar hij is voelbaar gespannen. Hij zit met de schouders opgetrokken. Regelmatig balt hij zijn vuisten en zet hij zijn voeten schrap tegen de stoelpoten. Zijn klachten zijn extreme vermoeidheid, nek- en schouderklachten en sterke hinder van koude voeten en tintelende vingers. Grondig medisch onderzoek heeft, behoudens wat artrose cervicaal, niets opgeleverd wat de klachten afdoende kan verklaren. Fysio- en manuele therapie hebben in het verleden steeds één tot twee dagen geholpen.

Uit het verhaal van Hans blijkt dat hij al lange tijd een disbalans ervoer tussen de draaglast (taakeisen) in zijn werk en zijn draagkracht. In het ZMOK-onderwijs was hij de laatste jaren vooral bezig met opvoeden en grenzen stellen, terwijl zijn hart ligt bij het overdragen van kennis. Hij uit zich zeer cynisch over de normloosheid van de jeugd. Nadat hij in de ziektewet was beland, was er aanvankelijk een afname van zijn lichamelijke klachten. Geleidelijk aan zijn de pijnklachten weer toegenomen. Hij voelt zich nu passief, lusteloos, blijft lang in bed liggen. Ook rookt en drinkt hij veel meer. Hans geeft als hulpvraag aan dat hij van zijn pijnklachten af wil.

In het *lichamelijk onderzoek* komen bij het bewegingsonderzoek veel pijn en stijfheid naar voren in met name nek/schouder- en rugbewegingen. Bij palpatie van de nek/schouder-, middenrug- en kuitmusculatuur wordt een pijnlijke hypertonie gevonden. Tevens valt op dat hij weinig sensorisch-affectief bewust is vanuit zijn lichaam met name voor aanraking.

*Diagnostische overwegingen:* Er is sprake van burnout met specifieke werkgerelateerde stressbronnen, die zijn gelegen in het conflict tussen Hans' taken en zijn persoonlijke eigenschappen en deskundigheid. Aangezien de lichaams- en overige spanningsklachten na een aanvankelijke afname weer zijn toegenomen, lijkt een stagnatie in de crisisfase te bestaan. Zijn lichaamshouding getuigt van een 'gestolde fright-reactie': Hans

houdt circa zes maanden nadat hij in de ziektewet is terechtgekomen zijn lijf alsof er elk moment nog directe bedreiging is. Hij maakt een gedissocieerde indruk, zowel wat zijn emoties betreft als ten opzichte van zijn lichaam. Ook ten aanzien van hervatting van zijn werk uit hij zich zeer afstandelijk. Zijn hulpvraag is een puur somatische.

*Behandelplan:* Bovenstaande bevindingen worden met Hans besproken. Hoewel Hans moeite heeft zich over zijn toestand te uiten, herkent hij zich wel in het geschetste beeld. De volgende behandeldoelen worden overeengekomen:

- cliënt meer betrekken bij zijn lichaam middels lichamelijke bewustwording en het leren differentiëren van spierspanning/ontspanning;
- pijnvermindering van genoemde regio's middels haptonomische massage;
- algehele spierspanningvermindering, middels instructie relaxatieoefeningen;
- leefstijladviezen ten aanzien van inspanning en rust.

Huisarts en schoolbegeleidingsdienst worden op de hoogte gesteld van het plan van aanpak.

*Beloop:* Na de vijfde behandeling geeft Hans aan zich beter bewust te zijn van zijn lichamelijke signalen. Hij kan zich beter ontspannen en ervaart duidelijk minder pijn en spanningsklachten (eveneens zichtbaar in een spanningsklachtenlijst). Hij voelt zich nog wel heel vermoeid. Hans neemt een lange vakantie van zes weken, waarin hij zich voor het eerst sinds jaren echt kan ontspannen. Hij voelt zich nadien veel vitaler.

In overleg met de Arbo-arts gaat Hans vijf maanden na aanvang van de therapie weer op arbeidstherapeutische basis aan het werk. De werkinhoud is aangepast : hij gaat leerlingen individueel begeleiden. De behandeling richt zich in deze fase op het leren hanteren van optredende spanningssignalen in relatie tot het werk. Na ongeveer een jaar vindt Hans een aanstelling voor 50 % op een VMBO. Voor de overige 50 procent is hij arbeidsongeschikt verklaard. Hij vindt het werk prettig. 'Het is weer echt lesgeven.' Hij kan zijn werkresultaten ook meer relativëren dan vroeger. Er worden nog drie afspraken gemaakt in een frequentie van eenmaal per zes weken ter bestendiging van het resultaat, waarna wordt afgesloten. Hij bericht een jaar na afloop van de behandeling dat hij naast het lesgeven een aanstelling in de roosterplanning heeft en weer fulltime werkt en klachtenvrij is.

*Discussie:* Bij Hans was naast de depersonalisatie ook op lichamenlijk niveau sprake van dissociatie. Erkenning dat er sprake was van burnout hielp hem zijn lichaamsklachten te begrijpen. Hem meer betrekken bij zijn lichaam gaf hem snel weer vitaliteit herstel. Hierna was hij in staat passender werk aan te gaan.

### 19-3-6 Slotbeschouwing

De psychosomatisch werkende fysiotherapeut kan een zinvolle bijdrage leveren aan het herstel van mensen met burnoutsyndroom. Specifiek voor de psychosomatische fysiotherapie is dat de lichamelijke aspecten van burnout in samenhang met het psychosociaal functioneren van de cliënt worden behandeld. Belangrijk is onder het lichamenlijk klachtenbeeld het beeld van burnout te herkennen, de specifieke stressoren te inventariseren alsmede de aanwezige en mogelijke hulpbronnen en de behandeling te richten op de beïnvloedbare factoren op het individueel niveau. Waar mogelijk is het zinvol de fysiotherapeutische hulp af te stemmen op andere hulp rond de persoon en de werksituatie.

Oefentherapie, adviezen met betrekking tot lichamenlijke activiteiten en aanrakende interventies kunnen de patiënt weer betrekken bij zijn lichaam en hem leren zijn behoeften gewaar te worden en serieus te nemen. Dit heeft ook op cognitief niveau een positieve invloed. Cliënten rapporteren vaak dat de lichaamsgerichte behandeling tot meer zelfacceptatie heeft geleid.

Zoals gesteld in de inleiding kunnen fysiotherapeuten ook zelf geconfronteerd worden met burnout. De psychosomatisch fysiotherapeut begeleidt cliënten met complexe problematiek. Dit is doorgaans bevredigend, maar vergt wel veel. Daarnaast heeft de fysiotherapeut door toegenomen regelgeving en kwaliteitseisen er steeds meer taak(eisen) bij gekregen. De kans op burnout als uitkomst van de relatie tussen taakeisen/hulpbronnen neemt hiermee toe. Supervisie, inmiddels in de herregistratie-eisen voor psychosomatische fysiotherapeuten opgenomen, biedt de mogelijkheid om alle aspecten uit het *Job Demands- Resources* model (zie paragraaf 19-2-3) aan de orde te laten komen en de relatie tussen taakeisen en hulpbronnen gunstig te beïnvloeden. De eerste ervaringen van auteur als supervisor bij begeleiding van dreigende burnout bij vakgenoten zijn positief.

## Literatuur

- Bakker, A.B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Euwema, M.C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 170-180.
- Bakker, A.B., Demerouti, E., & Schaufeli, W.B. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An Internet study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 15, 245-260.
- Bakker, A.B., Le Blanc, P.M., & Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among nurses who work at intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.P.M, Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000a). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 247-268.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., & Van Dierendonck, D. (2000b). Burnout: Prevalentie, risicogroepen en risicofactoren. In I.L.D. Houtman, W.B. Schaufeli & T. Taris (Red.), *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses* (pp. 65-82). Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H., & Bosveld, W. (2001). Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 82-98.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000c). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bakker, A.B., Van Emmerik, H., & Van Riet, P. (2008). How job demands, resources, and burnout predict objective performance: A constructive replication. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21, 309-324.
- Bakker, A.B., Westman, M., & Van Emmerik, IJ.H. (2009). Advancements in crossover theory. *Journal of Managerial Psychology*, 3.
- Bakker, A.B. Zee, K.I. van der, Lewig, K.A. & Dollard, M.F. The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 2006, Vol. 146, p. 31-50.
- Beck, J.S., Basisboek Cognitieve Therapie. Baarn :HB uitgevers, 2000
- Cherniss, C. Beyond Burnout. New York:Routledge, 1995.
- Demerouti, E., & Bakker, A.B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. In J. Halbesleben (Ed.), *Handbook of stress and burnout in health care*. Hauppauge NY: Nova Science Publishers.
- Demerouti, E., Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., & Hox, J. (2009). Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14, 50-68.

- Demerouti E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands - Resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- De Vries, T. A., & Hoogstraten, J. (1999). Burnout bij fysio-manueeltherapeuten in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 109, 90-95.
- Dixhoorn, J.J. van. Ontspanningsinstructie. Maarsse: Elsevier/Bunge, 2001
- Dryden, W., DiGiuseppe, R. Rationeel emotieve therapie, stap voor stap. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1994.
- Halbesleben, J.R.B. (Ed.) (2008). *Handbook of stress and burnout in health care*. Hauppauge NY: Nova Science Publishers.
- Heuven, E., Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., & Huisman, N. (2006). The role of self-efficacy in performing emotion work. *Journal of Vocational Behavior*, 69, 222-235.
- Hoogduin, C.A.L., Schaufeli, W.B., Schaap, C.P.D.R., Bakker, A.B. Behandelingsstrategieën bij burnout. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2001.
- Hupkens C, (2004). Depressiviteit en stress op het werk. Webmagazine 19 januari 2004. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. <http://www.cbs.nl/nl/publicaties/artikelen/algemeen/webmagazine/artikelen/2004/1383k.htm>
- Johnson JV, Hall EM. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health* 1988;78:1336-42.
- Kabat-Zinn, J. Handboek meditatief ontspannen, effectief programma voor het bestrijden van pijn en stress. Becht's Uitgevers-Maatschappij, H.J.W., 2000
- Karasek RA Jr. Job demands, decision latitude, and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly* 1979;24:285-308.
- Kersten, J. W. E. T., Van der Zee, J., Abrahamse, H. P. H., & Sixma, H. J. M. (1997). Fysiotherapeuten kijken vooruit! Gezondheid en welbevinden. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 107, 96-101.
- Leahy R.L., Technieken van cognitieve therapie; een gids voor therapeuten. Amsterdam: Nieuwezijds BV, 2004
- Lehrer, P.M., Woolfolk, R.L., Sime, W.E. Principles and Practice of stress management. New York: Guilford Publications, 3<sup>rd</sup> rev. edit., 2007
- Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. In Schaufeli WB, Maslach C, Marek T (eds). Professional burnout: Recent developments in theory and research. New York: Taylor & Francis, 1993:19-32.
- Maslach, C., Leiter, M.P. Burnout, Oorzaken, gevolgen, remedies. Amsterdam: Contact, 1998.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mulder, A. Overspanning nader beschouwd. Tijdschrift voor psychosomatische fysiotherapie 1998;2:26-34.
- Schaufeli WB. Opgebrand. Achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burnoutsyndroom. Rotterdam: Donker, 1990.
- Schaufeli WB, Buunk AP. Burnout. In: Winnubst JAM, Schbracq MJ (eds). Handboek arbeid en gezondheidspsychologie. Utrecht: Lemma 1992, 160-79.
- Schaufeli WB, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. Londen: Taylor & Francis, 1998.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (Red.). Burnout en bevlogenheid. In : De psychologie van arbeid en gezondheid Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007 : 341-359
- Soares, J. J. F., Jablonska, B. (2004). Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. *European Journal of Pain*, 8, 79-79.
- Taris, TW (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work and Stress*, 20, 316-334.

- Van der Klink, J.J.L., Blonk, R.W.B., Schene, A.H., & Van Dijk, F.J.H. (2001). The benefits of interventions for work related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-286.
- Van der Klink J.J.L., Terluin B., Hoogduin C.A.L. Interventies gericht op het individu. In: Van der Klink J.J.L., Terluin B., editors. Psychische problemen en werk. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 2005: 47-82
- Veldman, F.R. In contact zijn, authentieke haptonomie, een andere kijk op hulpverlening. Gorcum b.v., Konink. Van, 2004
- Xanthopoulou, D., Bakker, A.B., Dollard, M.F., Demerouti, E., Schaufeli, W.B., Taris, T.W., & Schreurs, P.J.G. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 766-786.

Prof. dr. A.B. Bakker, hoogleraar Organisatiepsychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam, voorzitter vakgroep Arbeids- en Organisatiepsychologie; president European Association of Work and Organisational Psychology.

A. Mulder, psychosomatisch fysiotherapeut en supervisor, praktijk voor psychosomatische therapie en stresshantering, Amsterdam ; docent Instituut voor Psychosomatische Therapie