

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/273298441>

Waarom duurt burn-out zo lang?

Article in *Tijdschrift voor Psychotherapie* · January 2015

DOI: 10.1007/s12485-015-0002-2

CITATION

1

READS

1,666

1 author:



[Sonja van Zweden](#)

2 PUBLICATIONS 1 CITATION

SEE PROFILE

Waarom duurt burn-out zo lang?

Sonja van Zweden

-
- In dit artikel wordt een biopsychologische theorie van *burn-out* gepresenteerd en kritisch vergeleken met de op dit moment dominante, niet door evidentie onderbouwde, psychologische visie. Enkele relevante ontwikkelingen in wet- en regelgeving worden besproken en de wetenschappelijke onderbouwing van de biopsychologische theorie wordt samengevat. Tot slot worden acht potentiële mechanismen toegelicht die zouden kunnen verklaren waarom burn-out zo lang duurt.
-

Inleiding

De vraag waarom herstel van burn-out soms een jaar of langer duurt, is begrijpelijk. Patiënten ogen niet ziek, maar kunnen toch maanden niet werken. De (werk)omgeving snapt dat niet en de patiënt zelf vaak ook niet. Het enige wat je als patiënt zeker weet, is dat je niets meer (aan)kan en nergens meer tegen kunt. Inzicht in het *waardoor* van die lange duur is belangrijk voor alle betrokkenen; voor patiënten en hun naasten, die nu niet weten waar ze aan toe zijn, en voor behandelaars, die hun beleid kunnen aanpassen als ze weten waar de schoen wringt. Hetzelfde geldt voor huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, die nu vaak met lege handen staan, doordat de richtlijnen geen inzichten en toegespitste remedies bevatten voor stagnerende voortgang of terugval na mislukte re-integratie (Gezamenlijke Richtlijnen, 2011).

S. VAN ZWEDEN is vrijgevestigd psychotherapeut, gespecialiseerd in burn-out, te Amsterdam.

E-mail: sonjavanzweden@euronet.nl.

Met dank aan Wouter van Ewijk.

Helaas blijkt het niet mogelijk de totale herstelduur van burn-out (en andere aandoeningen) uit betrouwbare cijfers te achterhalen. Flach (2014) meldt dat sinds 1996 (intrede van de Wet loondoorbetalingverplichting bij ziekte ofwel WULBZ) de totale ziekteduur niet meer landelijk wordt geregistreerd. Hiermee is een essentiële informatiebron voor bestuur, politiek en wetenschap helaas verdwenen. Flach ondervangt dit manco met behulp van het Arboretum-project, een initiatief van een groep bedrijfsartsen die een dataverzameling van patiënten aanlegde. Hij vermeldt dat de duur van burn-out in zijn groep voor bijna een kwart van de mensen meer dan een jaar was; wat volgt na dat jaar blijft onbekend. Burn-out duurt daarmee het langst van alle 'werkgerelateerde psychische klachten'. Opvallend is ook de grote spreiding in duur van burn-out: van drie maanden tot meer dan een jaar (Flach, 2014).

Het beloop van ziekteproces en herstelproces verklaart deels de onvermijdelijk lange duur van burn-out. Maar er zijn ook kenmerken van de leefomgeving en het herstelgedrag van de patiënt die de genezing (onnodig) vertraagen.

Sinds 25 jaar pas ik uitkomsten uit wetenschappelijk onderzoek toe bij de behandeling van burn-out-patiënten. Zo kan ik mijn ervaring als klinisch psycholoog, psychotherapeut en psychoanalyticus combineren met mijn oorspronkelijke opleiding psychologische functieleer. Het heeft mij veel geleerd. In dit artikel combineer ik mijn klinische observaties met kennis uit empirisch onderzoek naar lichamelijke en psychische effecten van werkdruk. Deze biopsychologische visie werpt licht op kanten van burn-out die tot nu toe onderbelicht zijn gebleven. Een lange inleiding over deze benadering is noodzakelijk, voordat het antwoord op de vraag waarom burn-out zo lang duurt aan de orde kan komen.

Achtergrond: Wet verbetering poortwachter

De grote variantie in herstelduur bij burn-out (Flach, 2014) hangt onder andere samen met de huidige wijze van classificeren van patiënten. De klinisch-diagnostische differentiatie van de uiteenlopende ziektebeelden van burn-out blijft achterwege sinds invoering in 2002 van de Wet verbetering poortwachter (Wvp), bedoeld om de stijgende kosten van de WAO te drukken.

De Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (CPA, 2001) ofwel de commissie-Donner I formuleerde, zonder empirische of theoretische onderbouwing, een aantal aannamen over oorzaak, aard en behandeling van burn-out die alle werden overgenomen door de Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2001) ofwel de commissie-Donner II bij invoering van de Wvp (2002). De veronderstelling dat burn-out geen 'medische' (somatische of psychiatrische) aandoening is, maar het effect van psychische problemen van de patiënt op/met zijn werk wordt hierin als feit gepresenteerd, samen met instructies over de te volgen wijze van behandelen. Het is niet duidelijk waarom de onderzoeksresultaten van bijvoorbeeld Meijman (1989), Meijman en Mulder (1998) en Sluiter (1999) niet door de commissie-Donner I (Advies-

commissie Arbeidsongeschiktheid, 2001) zijn meegewogen in haar meningsvorming. Deze empirische bevindingen - over de lichamelijke basis van disfunctioneren bij vermoeidheid - zouden van meet af aan een geheel ander licht op burn-out hebben geworpen.

De aannamen van de commissie-Donner I, gecombineerd met instructies voor een cognitief-gedragstherapeutische behandeling, zijn geformaliseerd in richtlijnen bij de nieuwe Wvp en domineren sindsdien inhoudelijk en procedureel de dagelijkse praktijk binnen de ggz bij de behandeling en beoordeling van mensen met burn-out. Zij gelden voor patiënten en behandelaren, voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, voor de uitkeringsinstanties en voor werkgevers en werknemers.

De door de Wvp doelbewust gecreëerde 'ontmedicalisering' van burn-out brengt mee dat de behandeling geacht wordt te vallen onder de competentie van psychologen en niet meer onder die van medici. Hierdoor blijft essentiële medische en klinische expertise onbenut. Dit leidt misschien tot besparing op korte termijn, echter een kwart van de mensen, voor wie de standaardbehandeling mogelijk geen goede indicatie was, is na een jaar nog niet hersteld (Flach, 2014). Wat daarna met deze patiënten gebeurt, valt niet te achterhalen; een bizarre en onwenselijke toestand.

Wat is er aan de hand met die mensen die burn-out zijn en maar niet beter lijken te worden? Biopsychologisch onderzoek houdt zich bezig met deze vraag, waarbij het biologisch functioneren van mensen als basis dient voor de verklaring van psychische en lichamelijke verschijnselen (zoals burn-out-klachten).

Biopsychologische visie op burn-out

Burn-out raken is een lichamelijk proces

Conform de actuele wetenschappelijke kennis is het uitgangspunt van dit betoog dat burn-out een lichamelijke basis heeft en zich lichamelijk manifesteert. Onder burn-out wordt hier de toestand verstaan waarin het vermogen van een gezond mens om te herstellen van lichamelijke en geestelijke vermoeidheid sterk is afgenomen of zelfs verloren lijkt gegaan. Bij mensen die burn-out zijn geraakt, is het noodzakelijke biologische herstel door rust en slaap over langere tijd systematisch tekortgeschoten, in verhouding tot de eisen van de dagelijkse belasting. Met andere woorden: zij verbruiken overdag meer energie dan ze 's nachts tijdens de slaap kunnen recupereren. Zo ontstaat een groeiende 'herstelschuld': een toenemend tekort aan brandstof voor de productie van energie, waardoor lichamelijk herstel achterblijft (Sluiter, 1999).

Roofbouw en werkdruk

De totale werkdruk van een baan is een optelsom van en interactie tussen de zwaarte (inclusief het tempo) van de werkzaamheden en de invloed van psy-

chologische, sociale en fysieke aspecten van de werksetting. Elk van deze kenmerken kan extra inspanning vergen. Moeilijke opdrachten uitvoeren in korte tijd, in een lawaaiige omgeving, met telkens interrupties, vraagt bijvoorbeeld een enorme concentratie en inspanning en vreet daardoor energie. Elk energiebudget heeft een grens en in dergelijke gevallen gaat de werknemer daar gemakkelijk overheen; zo pleegt hij roofbouw, door meer uit te geven dan er binnen zijn energiebudget beschikbaar is. Dat kan door elders in het lichaam brandstof te 'lenen'.

Een mens is 'overbelast' wanneer zijn normale slaap niet meer volstaat om volledig te herstellen van de geleverde inspanning. De 'belastbaarheid' van iemand wordt bepaald door zijn energiebudget (ofwel brandstofvoorraad) en door zijn gebruik van herstelpauzes. Slim pauzeren betekent méér aankunnen. De grens van het energiebudget wordt op zijn beurt weer bepaald door de 'herstelcapaciteit'. Door roofbouw te plegen, wordt de herstelcapaciteit steeds minder, tot het niet minder kan en een mens afknapt. Dan is hij klinisch 'burn-out'.

Het is de taak van een werkgever om de hoeveelheid werk, het tempo en de werksetting inclusief pauzes zo te organiseren dat de werknemer op zijn beurt zijn taken kan uitvoeren, zonder roofbouw te hoeven plegen. Geurts (2011) noemt dit het 'ontwerp' van de functie.

Compensatie van energietekort

Wanneer niet aan de behoefte aan rust voldaan kan worden, treedt een compensatoire reactie van het stress-systeem (reactiviteit) op om aan de acute behoefte aan energie te voldoen, zodat doorgewerkt kan worden. De compensatiemanoeuvre kost ook weer energie, zodat deze op korte termijn wel even soelaas biedt, maar 'schuldverhogend' werkt op langere termijn en uitmond in chronische compensatoire stress. Wanneer dit patroon zich gedurende langere tijd herhaalt, het energietekort steeds groter wordt en de stress maar blijft toenemen, wordt het middel erger dan de kwaal en raken de betrokken neurohormonale regelkringen zelf ontregeld (Meijman, 1989).

Effecten

Deze biologische processen raken aan het mentale functioneren, evenals aan lichamelijke functies en veroorzaken veranderingen in de werking van onder meer het immuunsysteem, het hartvaatstelsel, de spijsverteringssysteem, het autonome zenuwstelsel, neuro-endocrine regelsystemen (zoals de HPA-as) en van de betrokken cerebrale systemen zoals het superviserend aandachtssysteem in de prefrontale schors, het (werk)geheugen en de hippocampus. In feite gaat elke hersencel anders functioneren door stress.

Biologisch energetisch herstel

De biologische herstelcapaciteit wordt bij iedereen, ziek of gezond, bepaald door de volgende vier variabelen.

- *Herstelduur*. Dit betreft de tijd die men besteedt aan rust en (vooral) slaap. Hoe minder slaap, des te minder lichamelijk en psychisch herstel, en omgekeerd (Meijman, 1989).
- *Kwaliteit of effectiviteit van de slaap*. Dit zowel tijdens de aanloop naar de burn-out als later tijdens het genezingsproces (Sonnenschein e.a., 2008).
- *Fysiologisch herstelvermogen*. Dit is het vermogen van het lichaam tot effectief functioneren in de herstelmodus, waarbij onderhoud en herstel van het lichaam zelf het doel zijn. De herstelfunctie is alleen werkzaam in slaap en in ontspannen rust. Bij het autonome zenuwstelsel overheerst dan het parasympathische systeem. Hier tegenover staat de actiemodus, waarbij het lichaam gericht is op uitvoeren van activiteiten in de buitenwereld; dan domineert het sympathische zenuwstelsel. De actiemodus kan de herstelmodus *overrulen* en wordt door stress aangezet, ook in rust. Stress vermindert aldus het herstelvermogen.
- *Herstelgedrag*. Hieronder valt alles wat betrokkene in zijn vrije tijd doet, gezien vanuit het oogpunt van biologisch herstel.

Klinisch beeld van burn-out

Vermoeidheid

Kenmerkend zijn de klinische aspecten van lichamelijke uitputting: invaliderende chronische vermoeidheid, energetisch onder de maat scoren, (zeer) snelle vermoeibaarheid en (zeer) vertraagd herstel na inspanning. De laatste drie kenmerken zijn objectiveerbaar en meetbaar (Hamming, 2014; De Bruin, 2013). Inherent aan vermoeidheid is de beleving van weersin tegen (verdere) belastende activiteiten en een sterke behoefte aan rust. Deze gevoelens en impulsen zien onderzoekers als biologische beschermingsmechanismen tegen verdere (over)belasting. Soms ervaren mensen geen vermoeidheid, maar spanningsklachten en onrust door de (compensatoire) stressreactie.

Cognitief functieverlies

Mensen met burn-out ervaren een onvermogen tot het uitoefenen van allerlei normale handelingen (zoals een boek of een krant lezen, post ordenen, een stuk kaas uitkiezen, kaart lezen en hoofdrekenen) door gebrek aan werkgeheugen en denkvermogen. Zaken waarvoor zij eerder hun hand niet om draaiden, gaan nu hun vermogens ver te boven (zoals een vergadering voorzitten of een uitgebreide maaltijd klaarmaken). Ze willen wel, maar kunnen niet.

Een dergelijke positie veroorzaakt veel onzekerheid, reële hulpeloosheid, machteloosheid, wanhoop en vertwijfeling. Verlies aan functionaliteit van het werkgeheugen en van andere cognitieve vermogens betekent dat de kwaliteit van denkprocessen zo sterk kan verminderen, dat mensen zich maatschappelijk en sociaal nauwelijks kunnen handhaven.

Doordat men in het ergste geval niet meer in staat is om meer dan één gegeven of waarneming tegelijkertijd in zijn bewustzijn te bevatten, worden allerlei cognitieve operaties onuitvoerbaar (zoals overzicht houden, zich oriënteren, organiseren, inventariseren, plannen maken en uitvoeren, vergelijken en kiezen, ordenen en opruimen, besluiten nemen en nog veel meer complexe denkprocessen). Het organiserend denken gaat dan ongemerkt (voor de persoon in kwestie) over in associatief denken, waarbij elke nieuwe gedachte of waarneming de vorige uit het bewustzijn verdringt.

Emotionaliteit

Het emotioneel verwerkingsvermogen en de normale relativering verdwijnen, waardoor bangheid en overmatige ongerustheid, intolerantie en rigiditeit, uitbarstingen van woede of wanhoop de kop opsteken. Patiënten voelen zich vaak hinderlijk overprikkeld (neurastheen) in rumoerige, drukke of chaotische situaties en mijden dan sociaal contact en trekken zich terug.

Pseudopsychopathologie

Veelal ontstaan bovendien psychopathologische symptomen (zoals emotionele labiliteit, depressieve stemmingsstoornissen, vormen van angst en obsessie) die gelijkenis vertonen met het klassieke beeld van de neurose. Dit - nieuw verworven - neurotisch klinisch beeld verdwijnt weer met het herstel van de burn-out. Dit syndroom, ontstaan op basis van (recent) neuro-endocrien cerebraal disfunctioneren, is het best te kwalificeren als pseudo-neurose. De misleidende, reversibele, symptomatologie kan voor diagnostische verwarring zorgen. Dan ziet men ten onrechte classificaties als angststoornis, fobieën/vermijdingen, obsessieve karakterneurose, depressieve stemmingsstoornis of ik-zwakke persoonlijkheid.

Gezondheidsverlies

Onvoldoende herstel bedreigt eveneens de lichamelijke gezondheid, zowel acuut als op langere termijn (Sluiter, 2003). Onder invloed van chronische stress verandert bijvoorbeeld de werking van het immuunsysteem, de bloeddruk, het hartritme, de ademhaling, de *heart rate variability* (HRV), de spijsvertering, enzovoort. Chronische stress komt voor bij allerlei lichamelijke aandoeningen. Van Houdenhove (2004, 2005) wijst op de recente ontdekking in veel medische specialismen van de aanwezigheid van (chronische) stress bij velerlei aandoeningen. Het is medisch gebruik om fysiologische stress te zien als een onvermijdelijk bijverschijnsel bij ziekteprocessen en niet als eventuele causale of onderhoudende en te elimineren factor.

Burn-out is een hardware-probleem

Volgens de richtlijnen wordt burn-out per definitie veroorzaakt door ‘gewone persoonlijke problemen’ van de werknemer. Naar onze ervaring zijn persoonlijke problemen vaak niet de oorzaak van burn-out, maar juist het effect. De hoofdoorzaak van deze problemen die de patiënt niet kan oplossen, is gelegen in het tekortschieten van zijn mentale apparaat ten gevolge van de burn-out: zijn psychobiologische *hardware* functioneert niet normaal meer. Anders gezegd: in onze visie is burn-out een hardware-probleem dat per definitie niet opgelost kan worden met methoden die zich richten op de *software*, zoals gebruikelijk is in therapieën die gebaseerd zijn op psychodynamische of leertheorieën. Deze psychologische theorieën berusten op de impliciete aanname dat het organische brein - de hardware - intact functioneert, wat nu juist niet het geval is bij burn-out.

In de praktijk blijkt dat de meeste persoonlijke problemen van patiënten vanzelf verminderen of opgelost worden, naarmate het herstel van de burn-out vordert en de cognitieve vermogens terugkomen. Dit laat onverlet dat het natuurlijk ook voorkomt dat mensen overvallen worden door heftige problemen of gebeurtenissen die het incasserings- en verwerkingsvermogen te boven gaan, met eventueel burn-out tot gevolg. Vaak speelt dan bovendien slapeloosheid door piekeren, malen en stress een rol.

Niet herkende burn-out

Vaak worden mensen met een onderliggende en niet-herkende burn-out ten onrechte behandeld voor allerlei klachten die het effect zijn van mentaal disfunctioneren en uitputting. Behandelaars en verwijzers moeten alerter zijn op de mogelijkheid van ondermijnende burn-out en beter opgeleid worden in het herkennen hiervan. Veel patiënten zijn zich niet bewust van hun constante en inperkende vermoeidheid of gespannenheid, rapporteren daarover met opzet niet of vinden deze ‘gewoon’ en niet vermeldenswaard. Een belastinganamnese en vragen naar het premorbide functioneren brengen meestal duidelijkheid. In alle gevallen heeft de behandeling van de burn-out voorrang boven die van specifieke problemen.

Wetenschappelijke achtergrond

De biopsychologische zienswijze is afkomstig uit de experimentele psychologie of functionele theorievorming en de beschrijving van algemene biopsychologische wetmatigheden die de basis vormen van ons gedrag tot doel heeft. Talrijke wetenschappelijke bevindingen over effecten van energietekort zijn rechtstreeks te herkennen in de klachten van burn-out-patiënten.

Het energetische Inspanning-Herstel Model (Meijman, 1989) is een bruikbare basis voor identificatie, analyse en behandeling van vermoeidheidsziekten. De kern van de empirische bevindingen in dit wetenschapsgebied lijkt een open deur: het is aangetoond dat voldoende rust of slaap van goede kwa-

liteit noodzakelijk is voor goed herstel van de inspanningen van de werkdag en daarmee voor goed functioneren de dag daarop. Tekort aan herstel leidt tot biopsychologisch functieverlies en toenemende lichamelijke en psychische klachten. Minder bekend is dat hersteltekorten cumuleren en uiteindelijk kunnen leiden tot een systeem-*crash* met ernstige gezondheidseffecten (Sluiter, 1999).

Onderzoek naar de achterliggende biologische mechanismen van het burn-out-proces is in volle gang, evenals experimenteel (dier)onderzoek naar de effecten van stress in de hersenen. Klinische observaties van gedrags-effecten (Van Zweden, 1997) worden steeds vaker gevalideerd door wetenschappelijk onderzoek (Van Dam e.a., 2014; Oosterholt e.a., 2012).

Van groot praktisch belang voor preventie en curatie zijn twee andere ontwikkelingen. Voor de preventie is de onderzoekslijn naar het voorkomen van overbelasting van eminent belang (Van Veldhoven & Sluiter, 2010). Geurts (2011) geeft in haar inaugurele rede een kort overzicht van de belangrijkste resultaten van het biopsychologisch onderzoek. Zij concludeert, aansluitend bij Meijman (1989), ten aanzien van werkdruk dat gezondheidsschade op twee manieren kan worden voorkomen: ten eerste door voldoende herstel tijdens werktijd, en ten tweede door voldoende herstel na werktijd. Zij pleit voor een gezond ontwerp van de functie, naast goede werk- en rusttijden (Geurts, 2011).

Voor de curatie zijn de kwalitatieve verfijningen die Sonnentag en Fritz (2014) aanbrengen in het herstelgedrag opzienbarend en uitermate bruikbaar. Eerstgenoemde auteur doet al jaren vernuftig onderzoek naar herstelgedrag en met name naar de voorwaarden voor een effectieve herstelslaap. Zij toont aan dat de activiteit van mensen in hun vrije tijd (*overt*) van grote invloed is op hun slaapkwaliteit en daarmee op hun functioneren de volgende dag. In recent onderzoek (Sonnentag & Fritz, 2014) laat zij bovendien het grote belang zien van de (*overt*) factor *psychological detachment*. Het 'loslaten' van elke gedachte aan werk tijdens de vrije tijd bevordert het herstel in hoge mate. Maar detachment doet meer: het brengt psychische en lichamelijke ontspanning teweeg en is niet alleen positief gerelateerd aan goede slaap, gevoelens van uitgerustheid en zin in het werk, maar ook aan algemene gezondheid en allerlei andere positieve psychische en fysieke variabelen.

Vergelijking van psychosociale en biopsychologische gezichtspunten

Hierna volgt een vergelijking van het eerder gangbare psychosociale (PS) model met de biopsychologische (BP) zienswijze op een aantal karakteristieke punten.

- Het PS-model is niet *evidence-based*. Het stelt zonder empirische of theoretische onderbouwing dat burn-out een psychische (software-)aandoening is, zonder medische oorzaak, en het effect van psychosociale werkproblemen

- van de patiënt. De BP-zienswijze stelt op empirische gronden dat burn-out een biologisch (hardware-)aanpassingsproces is, als reactie op roofofgedrag van de patiënt.
- In het PS-model ziet men stress als *fight or flight-reflex* op (meestal bewust ervaren) bedreigende situatieve of psychische prikkels, gevolg van problemen van de patiënt op zijn werk. In het BP-model is het een (onbewuste) bedreigende lichamelijke stimulus, namelijk dreigend tekort aan beschikbare brandstof voor de energiehuishouding, die een (compensatoire) stressreflex doet ontstaan, onafhankelijk van psychische stressoren. Bij te hoge werkdruk: direct. Bij te langdurige werkdruk: na verloop van tijd.
 - Volgens het PS-model is controleverlies van de patiënt het belangrijkste te behandelen probleem (Gezamenlijke Richtlijnen, 2011). De remedie is het vergroten van het probleemoplossend vermogen van de patiënt, met methoden van de cognitieve gedragstherapie (Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, 2001; Gezamenlijke Richtlijnen, 2011). Het BP-model stelt dat energetische uitputting het primaire probleem is en dat de andere klachten hiervan effecten zijn. De remedie is primair gericht op fysiek en energetisch herstel.
 - In het PS-model zijn vermoeidheid en stress gevolgen van het controleverlies en de psychische problematiek en behoeven geen aparte behandeling. Van terugkeer naar het werk wordt te allen tijde een positief effect aangenomen. Remedie is een activerende, op snelle werkhervatting gerichte aanpak, volgens een gestandaardiseerd voor allen gelijk tijdschema: het tijdcontingente model (Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid, 2001). Het BP-model ziet te hoge werkdruk als bron van spanning, stress en roofofgedrag. Remedie: minimaliseren van (werk)druk en optimaliseren van herstelgedrag.
 - Het PS-model hanteert een categorale diagnostische denkwijze en besteedt nauwelijks aandacht aan de etiologie en aan de uitwerking van haar theoretische uitgangspunten. De BP-benadering hanteert een procesmodel en heeft veel experimenteel onderzoek gewijd aan de oorzaken en effecten van onvoldoende herstel (Meijman, 1989; Sluiter, 1999; Sluiter & Frings-Dresen, 2009).
 - In het PS-model is vermoeidheid een niet-essentiële klacht en dus zonder betekenis voor de behandeling. Voor het BP-model is excessieve en voortdurende vermoeidheid het teken van een verstoring in de biologische energiehuishouding en focus van de behandeling.

Op basis van de heersende PS-ideologie zijn behandelaars eraan gewend geraakt burn-out te zien als een te genezen 'ziekte'. Biopsychologische onderzoekers echter zien burn-out als een natuurlijke biologische aanpassing van het menselijk organisme aan een onnatuurlijke overbelastende leefomgeving. Tijdelijk worden niet-urgente en energievretende activiteiten onaan-trekkelijk of onmogelijk, zodat alle energie beschikbaar blijft voor overleving en herstel van het organisme, vergelijkbaar met het fenomeen *sickness behavior*.

In dit licht bezien zijn activering en snelle werkhervatting strijdig met de natuurlijke gedragsimpuls, met de biologische behoefte en met de eigen strategie van het menselijk organisme om overbelasting en uitputting te boven te komen.

Factoren die het herstelproces van burn-out bemoeilijken

De voorgaande informatie was nodig om het juiste referentiekader te introduceren voor de beantwoording van de vraag waarom burn-out zo lang duurt; die uitzonderlijk lange duur vraagt om een verklaring. Ik bespreek acht heterogene en onafhankelijke factoren die zorgen voor traag of vertraagd herstel. Deze selectie is als voorbeeld bedoeld en kan gemakkelijk aangevuld worden met factoren in de leefomgeving en in het herstelgedrag.

Voor de hand ligt om de verklaring van de lange herstelduur te zoeken in stagnatie van het herstelproces. Die treedt inderdaad regelmatig op, wanneer de leefsituatie van de patiënt ongunstig is voor herstel (zoals bij drukke en overprikkelende omstandigheden, mentale of fysieke overbelasting, stress). Minder voor de hand ligt dat kenmerken van het proces zelf het hersteltempo beïnvloeden. Met deze intrinsieke, biologische factoren houdt men meestal geen rekening bij de beoordeling. Daarom brengen wij ze hier, als eerste twee punten, nadrukkelijk onder de aandacht. Herstelschuld en haperend herstelvermogen zijn de twee kenmerkende biologische eigenschappen van het burn-out-proces die de genezing compliceren.

Herstelschuld

Patiënten met burn-out hebben een grote ‘herstelschuld’ opgebouwd (Sluiter, 1999). Daardoor kampen zij met een extreem hoog achterstallig lichamenteel onderhoud en een groot tekort aan brandstof. Deze twee factoren zijn mede debet aan de lange duur van het biologische herstelproces. De herstelschuld moet ‘afbetaald’ zijn, voordat de belastbaarheid genormaliseerd is en de patiënt weer gewoon kan leven en werken. Meer schade, meer tekorten en meer functieverlies maken dat meer tijd en energie nodig zijn om dit alles te repareren.

Haperend herstelvermogen

Burn-out is, als lichamelijke aandoening, voor herstel afhankelijk van het effectief functioneren van de herstelmodus. De autonome homeostatische balans is echter verstoord bij burn-out, meestal door een dominantie van de actiemodus, onder invloed van de compensatievraag. Het overrulen van de herstelmodus door de actiemodus of de stressmodus veroorzaakt een stilstand in het herstelproces.

Het omgekeerde komt ook voor: de actiemodus blijft passief en er lijkt geen mobilisatie van energie meer mogelijk. De herstelmodus domineert dan, maar is niet effectief door energiegebrek. Deze verstoringen raken het

tempo van de biologische herstelprocessen. Het lichaam moet eerst weer in de 'herstelstand' kunnen komen en herstelenergie beschikbaar hebben, voordat er sprake kan zijn van daadwerkelijke regeneratie. Anders gezegd: de herstelmodus moet eerst zelf weer gangbaar en effectief worden, alvorens achterstallig onderhoud kan plaatsvinden. Dit kan een langdurige patstelling opleveren.

Progressie van het ziekteproces

De duur (en de reversibiliteit) van het herstelproces van burn-out is evenredig aan de duur van het ontstaansproces. De klachten nemen toe met de voortgang van de 'ziekte' en de duur van de roofofbouw (Sluiter & Frings-Dresen, 2009). Zo ontstaan er grote verschillen in ernst tussen individuele ziektebeelden die alle onder de noemer van burn-out vallen. Vuistregel is: hoe verder heen, des te langer de tijd die nodig is om te genezen. Het proces van burn-out raken verloopt echter niet geleidelijk. In het beloop zijn twee belangrijke kantelpunten, waar de aard van het proces verandert en de symptomen toenemen.

Aanvankelijk is het proces te stoppen en te keren, door simpelweg de oorzaken weg te nemen ofwel de belasting drastisch te verlagen en het herstel te verhogen (het 'slaapkuurmodel'). Bij verwaarlozing van de eerste signalen treedt na relatief korte tijd een eerste kantelpunt op, waarna een autonoom voortschrijdend stressproces ontstaat dat zichzelf gaande houdt, ongeacht het al dan niet voortduren van de primaire oorzaken. Dit is een vicieuze cirkel van chronische compensatoire stress. Een slaapkuur blijft nodig, maar is dan niet meer voldoende om het tij te keren. De klachten en symptomen nemen toe en de energie neemt af, tot het compensatoire (stress)systeem zelf decompenseert. Dit is het tweede kantelpunt. Dan ontstaat een neurohormonale ontregeling van de homeostatische regelkringen, met talrijke fysiologische effecten die hun weerslag hebben op het psychisch en lichamelijk functioneren.

Hierna is herstel moeilijker en langduriger dan in de periode hiervoor. De ervaring leert dat herstel voor mensen die deze omslag hebben bereikt, onevenredig veel langer duurt dan voor mensen die nog net niet zijn gedecompenseerd, ook al zijn ze het omslagpunt heel dicht genaderd. Kort gezegd: eerst worden alle reserves uitgeput, dan treedt een 'noodaggregaat' in werking, tot deze in zijn eigen staart bijt en dolderaait. Met de voortgang van het ziekteproces nemen de klachten toe en veranderen ook de benodigde therapeutische ingrepen.

Biologisch hersteltempo

Aangezien herstel van burn-out een lichamelijk proces is, bepaalt het biologische regeneratietempo de snelheid van herstel. Dit kan - in tegenstelling tot het corrigeren van ongewenste psychologische koppelingen - niet versneld worden, zoals we dat gewend zijn in de psychotherapie.

Herstelbelemmerend gedrag van de patiënt

De noodzakelijke biologische herstelprocessen kunnen echter wel vertraagd, afgeremd en zelfs geheel onderbroken worden. Dat gebeurt regelmatig, zij het onbedoeld. De meeste mensen hebben de neiging dóór te gaan met de gewoonten die hen juist in de burn-out gebracht hebben. Zo staan zij hun herstel in de weg. Een voorbeeld: niet op tijd pauzeren bij inspannend werk. Veel mensen vinden dat ze eerst hun werk moeten afmaken voor ze ‘mogen’ stoppen om uit te rusten; hoe moe zij ook zijn. Deze manier van denken is ons met de paplepel ingegoten.

Inmiddels weten wij dat het buitengewoon schadelijk is om een relatief korte herstelperiode uit te stellen met behulp van het stresssysteem. De kans is groot dat later een extra lange herstelfase nodig is om de stresshormonen weer uit het lichaam te laten verdwijnen. Het is efficiënter en meer conform onze biologie om een pauze te nemen, zodra je merkt dat je moe wordt, geen zin meer hebt of je concentratie verliest. Deze signalen van het lichaam vragen om rust en aanvulling van brandstof.

Meijman (2004) zegt: ‘Wees blij dat je moe wordt, vermoeidheid is een stop-emotie.’ De meeste mensen denken bij ‘emotie’ niet direct aan het gevoel van vermoeidheid, maar de drie elementen van een ‘emotie’ zijn aanwezig: affect, lichaamssensatie en gedragstendentie. Een voorbeeld: niet ‘naar je lichaam luisteren’. Soms forceren mensen zich om te doen wat anderen ze aanraden, ook al brengen ze het nauwelijks meer op. Zoals flink gaan sporten, met als gevolg een vloedgolf extra adrenaline, stress en een achterblijvend herstel.

Mensen met burn-out krijgen veel goedbedoelde maar soms onjuiste adviezen, waardoor ze nog verder van huis kunnen raken. Naast de aansporing flink te gaan sporten is een ander veelgehoord onjuist advies: niet overdag slapen, ook al heb je er behoefte aan. Bij een burn-out is het echter juist noodzakelijk om (ook overdag!) veel en vaak te slapen en te rusten, om het herstelmechanisme in werking te laten treden, voor het (zeer geringe) energiebudget uitgeput is en de compensatoire stressreactie getriggerd wordt.

Psychofysiologische veranderingen die herstel tegenwerken

In het verloop van het burn-out-proces treden veranderingen op in de biologische regelkringen, die juist als taak hebben de homeostase te bewaren. Onder invloed van chronische stress ontstaan vicieuze cirkels die moeilijk te doorbreken zijn. Een voorbeeld is het ontstaan en in stand houden van slaapstoornissen door stresshormonen.

Bij patiënten met burn-out kan de slaap ontregeld raken door de vertraagde uitscheiding van stresshormonen: het *spillover*-effect. Langdurige aanwezigheid van adrenaline in de bloedstroom creëert een toestand van mentale en fysieke alertheid, in plaats van ontspannen slaperigheid. Gevolg: inslaapproblemen en dus slaaptekort. Door dit slaaptekort is er minder herstel en dus minder energie voor de volgende dag en dus eerder compensatoire

stress, om de benodigde extra energie te verschaffen. Hiervan zijn slaapstoornissen weer het gevolg en zo ontstaat cumulatie en een vicieuze cirkel.

Een ander voorbeeld is de verlaging van psychofysiologische prikkel drempels. De overgevoeligheid voor emotionele prikkels wordt groter of, anders gezegd, de prikkel drempel wordt lager. Dit is een effect van onder andere de achteruitgang van het psychische verwerkingsvermogen van de patiënt. Het vermogen om orde te scheppen in wat er op ons afkomt - door betekenis te verlenen en verbanden te leggen - neemt af. De mentale verwerkingsdrempel, die ons behoedt voor emotionele overstroming en cognitieve chaos, functioneert steeds minder adequaat. Mensen raken gemakkelijker in verwarring en ondergaan veel meer situaties als chaotisch. Tegelijkertijd 'gaat de amygdala in de hoogste versnelling bij slaapgebrek', zoals Walker en Van der Helm (2009) het formuleren.

Dit kan het effect hebben van een 'overstroming' door heftige emoties, die uitbarstingen van emotioneel gedrag tot gevolg heeft. De nieuwe stressoren - die over de verlaagde drempels naar binnen dringen - veroorzaken op hun beurt weer een acute stressreactie en jagen zo het niveau van de stresshormonen opnieuw op. Een vicieuze cirkel, of beter gezegd: een neergaande spiraal. Klinische manifestaties hiervan zijn heftige schrikreacties, emotionele labiliteit, paniekaanvallen, neurasthenie, angst- en stemmingsstoornissen, obsessief piekeren en malen en soms uitgesproken psychiatrische beelden bij mensen die hier voorheen nooit last van hadden.

De ervaring leert dat bij een adequate behandeling van de burn-out deze psychopathologie oplost, gelijk opgaand met het fysieke herstel en de afname van chronische stress. De *startle-reflex* en de neurasthenie zijn echter zeer hardnekkig, mogelijk zelfs niet (geheel) reversibel.

Herstelbelemmerende leefomstandigheden van de patiënt

De omstandigheden in het dagelijkse leven zijn dikwijls onbedoeld verre van ideaal om effectief te herstellen van een burn-out. Om de therapie kans van slagen te geven, moeten de leefomstandigheden van burn-out-patiënten aan enkele eisen voldoen.

Het is bijvoorbeeld noodzakelijk om zoveel mogelijk psychische en zintuiglijke overprikkeling te voorkomen. Het is ook een voorwaarde dat de mentale en fysieke belasting van de patiënt binnen zijn actuele (zeer beperkte) energiebudget blijft; zo niet, dan wordt het 'dweilen met de kraan open'. Daarbij moet een patiënt zich zoveel mogelijk kunnen ontspannen, lichamelijk en psychisch, anders wordt de stressfysiologie opgejaagd, die vervolgens door de aard van het proces weer slecht is af te stoppen.

Het volgende voorbeeld laat zien dat dit gemakkelijker gezegd is dan gedaan. Zo kan een patiënt onbedoeld in de stressfysiologie blijven hangen en daarmee herstel van de burn-out eindeloos in de weg staan.

Agnes (56) is sinds een paar maanden thuis vanwege burn-out. Zij is al jaren manager van een afdeling van een supermarkt. Haar dochter vraagt haar, omdat zij immers toch niet werkt en niets te doen heeft, een middagje op haar kinderen, onder wie een kleine baby, te passen. Agnes, die dol is op haar kleinkinderen, wil geen nee zeggen en gaat oppassen, hoewel zij ertegen opziet. Het lijkt goed te gaan, totdat de baby begint te huilen en ontroostbaar blijkt. Intussen zijn de andere kinderen luidruchtig aan een of ander achtervolgingsspel begonnen en rennen door het hele huis. Agnes slaagt er niet in de orde te herstellen en de baby tot bedaren te brengen. Ze raakt op van de zenuwen.

Haar dochter treft haar in totale ontredde aan en begrijpt er niets van. Haar moeder was bepaald niet iemand die over zich heen liet lopen en nu lijkt ze een bang klein vogeltje. De schoonzoon vindt dat Agnes zich aanstelt en begrijpt niet waardoor ze zo van de kaart is.

Agnes weet zelf dat ze nergens meer tegen kan en overal tegen opziet, maar het probleem is dat ze dit niet kan uitleggen. Het kost haar na de middag van het oppassen drie dagen voor ze weer tot rust is gekomen en zich kan ontspannen. Helaas zit Agnes' leven vol met dit soort voorvallen, waardoor ze niet kan ontspannen en maar niet tot rust komt. Haar omgeving begrijpt er niets van en weet ook niet meer hoe ze geholpen kan worden.

Aanbevelingen behandeling

De aanname dat vermoeidheid door energiedeficit geen causale rol speelt bij burn-out, staat haaks op de in het voorgaande genoemde empirische evidentie. Voor een adequaat genezingsproces van burn-out is dan ook in ieder geval nodig dat het biologisch herstel zich goed kan ontwikkelen.

De huidige reguliere zorg - conform de richtlijnen - bestaat uit een wachtperiode, gevolgd door CGT. Het is aannemelijk dat de patiënten deze wachtperiode benutten om te herstellen van hun vermoeidheid. Bij de een zal dat beter lukken dan bij de ander, mede afhankelijk van het herstelgedrag. En voor de een zal de tijd toereikend zijn en voor de ander niet, afhankelijk van de ernst van de burn-out. Deze individuele verschillen kunnen mede de grote variantie in herstelduur (gevonden door Flach, 2014) verklaren.

Hier is een wereld te winnen, door deskundige begeleiding van het herstelgedrag in de wachtperiode, waarin de patiënten normaal aan hun lot worden over gelaten. Gezien de grote variatie in herstelduur is een voor iedereen gelijke en tijdcontingente aanpak niet optimaal effectief en waarschijnlijk niet realistisch.

Ook hier kan dan veel gewonnen worden, door individualisering van de vervolgaanpak. Een klinische beoordeling na de wachttijd en een objectieve energiemeting kunnen voorkomen dat de patiënt voortijdig weer overbelast wordt in het kader van de tijdcontingente procedure. Het heeft geen zin mensen te activeren, wanneer nog onvoldoende biologisch herstel heeft kun-

nen plaatsvinden. Dan werkt de beoogde leerprikkel alleen maar als continuering van de overbelasting en dus van het ziekteproces.

Dat een geïndividualiseerde behandeling meer consistente en homogene verbeteringen geeft, tonen de resultaten van de *Chronic Stress Reversal*-methode (CSR), waarbij minder spreiding en een hoge effectiviteit bereikt worden, door een flexibele *stepped care*-aanpak, in combinatie met fysiologische metingen (Hamming, 2014; De Bruin, 2013).

Tot besluit

Er zijn kenmerkende lichamelijke condities waardoor genezing van burn-out altijd lang zal duren, zelfs als het herstelproces voorspoedig verloopt. Duidelijk is dat de behandeling van burn-out hoge eisen stelt aan patiënt, omgeving en behandelaar. De ervaring heeft geleerd dat herstel van burn-out niet altijd volledig is en dat cognitieve functies langzamer herstellen dan de rest. Tegelijkertijd leert de ervaring ook dat dikwijls nog jarenlang nieuwe cognitieve verbeteringen blijven optreden na voltooiing van de behandeling en na werkhervatting.

Het is onbekend in hoeverre de betrokken biologische systemen bij zeer ernstige burn-out *de facto* kunnen herstellen en de verloren functionaliteit volledig kunnen herwinnen. De mogelijkheid bestaat dat de functionele regulering van de neurohormonale regelkringen - en de eventuele structurele veranderingen die daarbij zijn ontstaan - niet (geheel) zijn terug te draaien, zodat de homeostase mogelijk blijvend verstoord is. Dat geldt ook voor de structurele en functionele veranderingen die chronische stress te weeggebracht heeft in de lichaamssystemen en die er direct door worden beïnvloed (zoals het immuunsysteem en het hartvaatstelsel, de spijsvertering, de hormonale en de neuronale regelsystemen en met name ook het organische brein).

Hoe meer we te weten komen, des te duidelijker het wordt dat ernstige burn-out een zeer grote invloed heeft op ons biologisch functioneren en dat de consequenties *in extremis* hiervan nog niet zijn te overzien. Fundamenteel onderzoek is uiteraard broodnodig. Maar nog urgenter is vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van goed beargumenteerde (onderdelen van) behandeltechnieken.

De ministeriele oekaze over het te volgen behandelbeleid heeft geleid tot de huidige monopoliepositie van een enkele visie en een enkele aanpak. Dit inspireert per definitie niet erg tot verder onderzoek. Het lijkt immers of het laatste en definitieve woord over burn-out al gezegd is. Maar niets is minder waar! De grote Werkdruk-campagne van de overheid is een teken dat minister Asscher er (terecht) van uitgaat dat overmatige werkdruk de grote boosdoener is achter het ontstaan van stress, gezondheidsproblemen en burn-out. Het onvermijdelijke gevolg van te hoge werkdruk is dat gezonde mensen ziek worden.

Het is dan ook onlogisch, unfair en misleidend om bij de diagnostiek hier het stempel 'individueel psychosociaal werkprobleem van de werknemer' te

gebruiken, zoals de richtlijn het wil. Dit suggereert dat de werknemer een (oplosbaar en op te lossen) persoonlijk werkprobleem heeft. De werkelijkheid is andersom: het ziekmakende probleem is hier de hoge werkdruk. De werknemer kan dat niet oplossen, maar betaalt per saldo wel de rekening.

Literatuur

- Adviescommissie Arbeidsongeschiktheid (2001). *Werk maken van arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: Ministerie SZW.
- Bruin, P. de (2013). De waarde van het gebruik van de door CSR Centrum geprotocolleerde biofeedback-meting voor de diagnostiek en behandeling van stress-gerelateerde klachten. Onderzoeksrapportage Sociale Geneeskunde, *Arbeid en Gezondheid*. Amsterdam: NSPOH.
- Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (2001). *Leidraad aanpak verzuim om psychische redenen*. Den Haag: Ministerie SZW/Ministerie VWS.
- Dam, A. van, Keijzers G., Eling, P. & Becker, E. (2014). Burn-out. Cognitieve problemen, stress en vermoeidheid. *De Psycholoog*, 7, 10-19.
- Flach, P.A. (2014). *Sick leave management beyond return to work*. Academisch proefschrift. Groningen: RUG.
- Geurts, S.A.E. (2011). 'In time-out of office'. Over herstel van werk en werkstress. Inaugurale rede. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Hamming, C. (2014). *Onderbouwing en effectiviteit van CSR-stresscoaching*. Whitepaper. Meerkkerk: CSR-centrum.
- Houdenhove, B. van (2004). *Moe in tijden van stress*. Tiel: Lannoo.
- Houdenhove, B. van (2005). *In wankel evenwicht*. Tiel: Lannoo.
- Meijman Th. F. (1989). *Mentale belasting en werkstress*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Meijman, Th. F. (2004). Wees blij dat je moe wordt. Over vermoeidheid, arbeidsbelasting en herstel. Congres Prioriteit, maart 2014.
- Meijman, Th. F. & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In P. J. D. Drenth, H. Thierry & C. J. de Wolff (Ed.), *Handbook of work and organizational psychology* (2nd ed., pp. 5-33). Hove: Psychology Press.
- Oosterholt, B. G., Linden, D. van der, Maes, J. H. R., Verbraak, M. J. P. M. & Kompier, M. A. J. (2012). Burned out cognition - cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38, 358-369.
- Sluiter, J. K. (1999). *How about work demands, recovery, and health? Neuroendocrine field study during and after work*. Academisch proefschrift. Amsterdam: AMC/UvA.
- Sluiter, J. K. & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). Herstel als maat voor werkvermogen? Dossier vermoeidheid in de arbeidssituatie. *De Psycholoog*, 2009, 2, 73-81.
- Sluiter, J. K., Croon, E. M. de, Meijman, T. F. & Frings-Dresen, M. H. W. (2003). Need for recovery from workrelated fatigue and its role in the development and prediction of subjective health complaints. *Occupational and environmental Medicine*, 60, 62-70.
- Sonnenschein, M. (2007). *Sick with Burnout*. Akademisch Proefschrift, Universiteit Utrecht. Utrecht: Enschede Gildeprint.

- Sonnentag, S. & Fritz, C. (2014). Recovery from job stress: the-stressor-detachment model as an integrative framework. *Journal of Organizational Behavior*. Online publicatie april 2014.
- Veldhoven, M.J.P.M. van & Sluiter, J.K. (2010). Herstelmogelijkheden en gezondheid op het werk. *Gedrag en Organisatie*, 23, 275-295.
- Verschuren, C.M. e.a. (2011). *Eén lijn in de eerste lijn. Multidisciplinaire richtlijn voor overspanning en burn-out voor eerstelijns professionals*. Amsterdam LVE/NHG/NV AB.
- Walker, M.P. & Helm, E. van der (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological Bulletin*, 135, 731-748
- Zweden, S.E. van (1997). *Van oververmoeid naar overspannen. Diagnostiek en behandeling van het chronisch stress syndroom*. Meerkkerk: CSR-centrum.