

Nederlandse samenvatting van het proefschrift:

Sick with burnout
clarified through electronic diaries

Mieke Sonnenschein
2007

Promotoren: Prof. dr. M.J. Sorbi
Prof. dr. L.J.P. van Doornen
Prof. dr. W.B. Schaufeli

Openbare verdediging: 18 juni 2007

© Mieke Sonnenschein, 2007

Hoofdstuk 1: Aanleiding voor het onderzoek

'Mijn moeder zit nog steeds thuis met een burnout'. Dit hoorde ik vaak in informele gesprekken over mijn onderzoek en geeft de indruk dat burnout veel voorkomt in Nederland. Grootschalige epidemiologische onderzoeken bevestigen dit: 16% procent van de Nederlandse werknemers lijdt aan milde burnoutklachten en bij 4% zijn de klachten ernstig. In Finland komt men op vergelijkbare percentages, respectievelijk 25% en 2%. De belangrijkste klacht van mensen met burnout is uitputting door het werk. In de ochtend zijn ze al moe, terwijl de hele werkdag nog voor hen ligt. Na een dag werken hebben ze weinig energie om iets te ondernemen. Daarnaast voelen ze tijdens het werk weinig betrokkenheid bij hun taken. Een verpleegkundige, bijvoorbeeld, spreekt cynisch over 'de psychose van kamer 3' terwijl ze eerder met veel zorg over haar patiënten sprak. Ten slotte hebben mensen met burnoutklachten vaak het gevoel dat ze hun werk niet langer naar behoren kunnen uitvoeren, ontbreekt het hen aan zelfvertrouwen in hun professionele kunnen. Burnoutklachten beïnvloeden dus in eerste instantie het functioneren op het werk. Ernstige klachten kleuren echter ook in sterke mate de privé-situatie.

Burnout ontstond als een maatschappelijk probleem in Amerika in de jaren '70 en werd al snel opgemerkt door wetenschappers. Met name arbeids- en organisatiepsychologen pakten het onderzoek op en richtten zich op (nog) werkende mensen met beginnende klachten. De wetenschappelijke kennis over milde burnoutklachten nam hierdoor sterk toe, zoals kennis over het vóórkomen van burnout, de oorzaken, de risicofactoren en het onderscheid met bestaande klachten als depressie. De klachten bleken voornamelijk veroorzaakt te worden door langdurige zware belasting op het werk, door bijvoorbeeld hoge tijdsdruk, conflicten op de werkvloer of weinig beslissingsvrijheid. Vergeleken bij de werkbelasting lijkt de persoonlijkheid van een werknemer maar een kleine rol te spelen in het ontstaan van burnoutklachten. Het gaat eerder om werk dat niet goed bij iemand past, dan om een bepaald type mens dat risico loopt. Ook werd duidelijk dat burnout te onderscheiden is van depressie, al bleek dat beide psychische problemen veel overeenkomsten hebben, bijvoorbeeld in symptomen en uitlokkende factoren.

Klinisch- en gezondheidspsychologen hielden zich tot op heden veel minder bezig met onderzoek naar het verschijnsel burnout. Hier is echter wel noodzaak toe. Burnout leidt regelmatig tot langdurig ziekteverzuim en vaak wordt de hulp ingeroepen van de (geestelijke) gezondheidszorg. Exacte cijfers over het aantal mensen dat langdurig in de ziekteketen belandt met burnoutklachten zijn er nog niet. Wel is uit wetenschappelijk onderzoek bekend dat burnoutklachten het risico op ziekteverzuim vergroten. Als milde burnoutklachten zich eenmaal hebben ontwikkeld, zijn ze vrij stabiel. Ook ernstige burnoutklachten lijken vooralsnog moeilijk en traag te verhelpen, al zijn hier minder cijfers over bekend. Daarom is het niet verwonderlijk dat 33% van de nieuwe WAO-aanvragen in de afgelopen jaren toe te schrijven is aan psychische problemen, waarbij burnout een van de meest voorkomende diagnoses is. Burnoutklachten die leiden tot langdurig ziekteverzuim vormen dus een groot maatschappelijk probleem, met een grote weerslag op zowel individu als economie. Hoewel het maatschappelijke probleem dus aanzienlijk is, begint de wetenschap nu pas geleidelijk oog te krijgen voor de mensen die langdurig ziek thuiszittenzitten met ernstige klachten. Door de veelvuldige aanwezigheid van arbeids- en organisatiepsychologen in het burnoutonderzoek en de relatieve afwezigheid van klinisch- en gezondheidspsychologen betreft de huidige burnoutkennis bijna alleen mensen die volledig functioneren op het werk en relatief milde klachten hebben. De kennis van ernstige of *klinische burnout* is echter beperkt. Dit gebrek wordt ook wel het 'healthy worker effect' genoemd.

Het gebrek aan onderzoek naar ernstige burnout heeft ook zijn weerslag op de klinische praktijk. Er zijn bijvoorbeeld nog geen eenduidige internationale criteria om burnout vast te stellen. Een Nederlands protocol voor bedrijfsartsen reikt de DSM-IV diagnose aanpassingsstoornis aan, en brengt hier stressklachten, milde burnout en ernstige burnout onder. In Zweden is recent een nieuwe diagnose aan de nationale versie van de ICD-10 (een medische classificatiesysteem) toegevoegd, namelijk 'uitputtingssyndroom' (zie ook appendix III, hoofdstuk 1). In de wetenschap wordt met name de diagnose neurasthenie uit

het medisch classificatiesysteem ICD-10 voorgedragen als psychiatrische equivalent van burnout (zie appendix 1, hoofdstuk 1). Deze diagnose vertoont veel overeenkomsten met de vijf kerneigenschappen van burnout die Maslach en Schaufeli in 1993 afleidden uit de vele verschillende wetenschappelijke definities van burnout, namelijk: 1. vermoeidheid, 2. lichamelijke spanningsklachten, 3. de klachten zijn verbonden aan het werk, 4. de klachten worden ervaren door 'normale' mensen, dat wil zeggen niet door mensen die al met een psychische stoornis bekend waren, 5. de werknemer met burnout ervaart dat hij/zij minder effectief kan werken door negatieve opvattingen en gedrag. Gebrek aan wetenschappelijke kennis over klinische burnout heeft ook zijn weerslag op de behandeling van burnout. De laatste jaren is de trend ingezet dat psychologische interventies zoveel mogelijk geënt moeten zijn op wetenschappelijke kennis. Bij voorkeur is er voor elke psychische aandoening een bewezen effectieve behandeling. Door gebrek aan onderzoek is er nog nauwelijks empirisch bewijs voor de effectiviteit van de burnoutinterventies die op dit moment (veelvuldig) worden aangeboden. Toename van wetenschappelijke kennis over klinische burnout zal dus zeker de kwaliteit van burnoutbehandelingen doen toenemen.

Dit proefschrift heeft tot doel om het fenomeen klinische burnout beter in kaart te brengen en beter te begrijpen. Omdat onderzoek hiernaar nog zo schaars is, hebben we een diepgaande studie opgezet om de symptomen te bestuderen van mensen die langdurig met ziekteverlof zijn wegens burnout. Deze Nederlandse samenvatting volgt de opbouw van het proefschrift. Het proefschrift is als volgt opgebouwd: Hoofdstuk 1 bevat een uitgebreide weergave van bovenstaande inleiding. In hoofdstuk 2 hebben we onderzocht of onze arbeidsintensieve onderzoeksmethode, de elektronische dagboekmethode, haalbaar was bij deze ernstig uitgeputte patiëntengroep. Inhoudelijk gezien ging in hoofdstuk 3 onze eerste aandacht uit naar de hoofdklacht uitputting, met daarbij de vraag of er dagelijks nog dynamiek is waar te nemen in de energieniveaus van deze mensen. Onze tweede vraag, uitgewerkt in hoofdstuk 4, richtte zich op de slaap; hebben mensen met klinische burnout slaapklachten, en zo ja, zijn deze van negatieve invloed op de burnoutklachten zelf? Vervolgens onderzochten we in hoofdstuk 5 of de ernst van de burnoutklachten ook een fysiologische weerslag heeft in het lichaam (in ochtendwaarden van cortisol en DHEAS). Ten slotte waren we in hoofdstuk 6 benieuwd naar de stabiliteit van klinische burnout. We vroegen ons af of in 6 maanden tijd de klachten bij deze mensen afnamen en het werk hervat werd. Ook hebben we hierbij slaapklachten betrokken als mogelijke hindernis tot herstel. Bij alle bovengenoemde vragen hebben we rekening gehouden met de samenhang van burnout met depressie. We hebben de onderzoeksresultaten telkens gecontroleerd op de mogelijke invloed van depressie. In hoofdstuk 7 vatten we de resultaten uit de verschillende hoofdstukken samen en bediscussieerden we de implicaties voor wetenschap en praktijk.

Hoofdstuk 2: De elektronische dagboekmethode

Om het verschijnsel klinische burnout goed te kunnen bestuderen, hebben we gebruik gemaakt van de elektronische dagboekmethode. Normaliter wordt psychologisch onderzoek uitgevoerd met eenmalige vragenlijsten waarop mensen op één bepaald moment een goede inschatting proberen te maken van hun dagelijkse klachten. Uit onderzoek blijkt dat mensen hun recente klachten niet goed kunnen inschatten, omdat onze herinnering de werkelijkheid altijd in enige mate vervormt. Daarom is de elektronische dagboekmethode ontwikkeld, ook wel Ecological Momentary Assessment (EMA) of Experience Sampling Method (ESM) genoemd. Deze methode vraagt deelnemers een groot aantal momentopnames van de klachten te maken en heeft drie grote voordelen. Ten eerste wordt door het samenvatten en middelen van deze momentopnames een realistischer beeld verkregen van de daadwerkelijk ervaren klachten, zonder de versturende invloed van herinnering. Ten tweede worden de klachten gemeten in de natuurlijke omgeving van de persoon, wat een realistischer beeld waarborgt (ecologisch valide). Ten derde kan ook de dynamiek van de klachten bestudeerd worden, zoals veranderingen in de tijd of de onderlinge samenhang van klachten van een persoon. Deze drie voordelen maken de elektronische dagboekmethode uitermate geschikt om klinische burnout in kaart te brengen. In het huidige onderzoek werden deze

momentopnames gemaakt met behulp van een palmtopcomputer (PDA of handheld computer). De PDA gaf een alarm als het tijd was voor een momentopname (oftewel voor het invullen van een dagboek). De PDA bood tegelijk de mogelijkheid om het dagboek op het apparaatje zelf in te vullen. Op deze wijze vulden deelnemers 2 weken lang enkele keren per dag een dagboek in.

De elektronische dagboekmethode vraagt veel meer inspanning van een deelnemer dan een eenmalige klachtenlijst. Daarom hebben we in hoofdstuk 2 eerst onderzocht of de elektronische dagboekmethode wel geschikt is voor onderzoek naar klinische burnout, aangezien deze mensen ernstig vermoeid en overbelast zijn. Uit het onderzoek bleek dat de 60 onderzochte mensen met klinische burnout nauwelijks een verstoring van hun dagelijks leven bemerkten en dat ze de methode erg makkelijk in het gebruik vonden. De burnoutpatiënten konden het elektronische dagboek zelfs iets beter waarderen dan de 40 gezonde mensen die we ook gemeten hebben. Het dagboek werd op vooraf onbekende tijden ingevuld en werd aangekondigd door een alarm. Een proefpersoon kreeg gemiddeld 71 alarms in 2 weken en vulde gemiddeld 56 keer ook daadwerkelijk een dagboek in (81%). Na het ontwaken en voor het slapen gaan werden aparte dagboeken ingevuld, namelijk het ochtenddagboek en het avonddagboek. Deze werden maar liefst in respectievelijk 96% en 94% van de gevallen ingevuld. Omdat herhaalde metingen de registratie van de klachten zelf zouden kunnen beïnvloeden, hebben we dit nader onderzocht. We hebben echter geen aanwijzingen voor gewenning aan de klachten (habituatie) of verhoogde aandacht op de klachten (sensitisatie) gevonden. Het elektronische dagboek bleek dus bijzonder goed gewaardeerd te worden door mensen met ernstige burnoutklachten en bleek goede gegevens op te leveren, ondanks de vermoeidheid en overbelasting die deze mensen tekenen.

Hoofdstuk 3: Klinische burnout betekent continue uitputting

Vooreerst hebben we in hoofdstuk 3 met het elektronische dagboek onze focus gericht op de hoofdklacht van burnout: uitputting. In verschillende burnouttheorieën wordt de ernstige vermoeidheid gezien als resultaat van een erosieproces, waarbij langzaam maar zeker de energie wegslijt. De conservation of resources theorie (COR) vertolkt het als volgt: zaken die belangrijk zijn voor een mens om de energiehuishouding op orde te houden (*bronnen*), zoals bijvoorbeeld tijd met het gezin, voldoende slaap of tijd voor sport, worden opgeofferd om de kwaliteit van het werk op pijl te houden. Als dit geruime tijd wordt gedaan, vindt er een kaalslag plaats. COR theorie stelt verder dat als men inteert op deze bronnen, de kans toeneemt dat andere bronnen ook opdrogen. De uitputting van deze bronnen zet vaak een neerwaartse spiraal in werking. Klinische burnout wordt gezien als het eindstadium van deze spiraal. In dit onderzoek waren we geïnteresseerd in de dagelijkse verschijningsvorm van deze kaalslag. Daarom onderzochten we de dagelijkse dynamiek in energie. In de vermoeidheid van gezonde mensen wordt gedurende de dag namelijk een duidelijk U-curve waargenomen. Onze dagboekmetingen lieten opnieuw zien dat gezonde mensen deze U-curve in vermoeidheid vertonen. Bij de mensen met klinische burnout was deze curve sterk afgevlakt. Zij stonden al vermoeid op, met vermoeidheidsniveaus vergelijkbaar met die van gezonde mensen om 23:00 uur 's avonds. Hun vermoeidheid nam nauwelijks af in de loop van de ochtend en nam vervolgens alleen maar verder toe in de middag en de avond. Ook bleek uit onze resultaten dat gezonde mensen zichzelf nauwelijks 'uitgeput' noemen maar 'moe', terwijl de term uitputting wel gebruikt wordt door mensen met burnout. De rek is er dus duidelijk uit bij mensen met klinische burnout. In hoofdstuk 2 zagen we ook dat de mate van vermoeidheid nauwelijks varieerde van dag tot dag, en dat er in beide groepen weinig verschil was in vermoeidheid op week- en weekenddagen. We vonden geen verschillen tussen burnoutpatiënten met en zonder een depressieve stoornis. Dit geeft aan dat een comorbide depressie geen invloed heeft op de manier waarop de uitputting zich voordoet. Deze resultaten pleiten ervoor dat mensen met ernstige uitputtingsklachten hun bronnen weer hernieuwd belang geven en opnieuw gaan benutten. In andere woorden, de balans tussen inspanning en ontspanning moet worden hersteld. Tijd voor herstel, zoals tijd met het gezin, voldoende nachtrust, tijd om te sporten, moet weer meer prioriteit krijgen ten opzichte

van het werk.

Hoofdstuk 4: Slaapproblemen compliceren klinische burnout

In hoofdstuk 4 geven we aandacht aan de belangrijkste herstelperiode bij gezonde mensen: de nachtrust oftewel slaap. Burnoutdefinities stellen dat de burnout-karakteristieke uitputting niet reageert op normale rustperiodes. Het is maar de vraag of deze rustperiodes wel als normaal gekenmerkt kunnen worden. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de slaap zelf ook is verstoord bij burnoutpatiënten. Daarom hebben we onderzocht of slaapproblemen het herstel van energie tijdens de nacht verstoren. Het eerste resultaat van deze studie is dat burnoutpatiënten inderdaad minder herstelden van hun vermoeidheid door hun nachtrust dan gezonde mensen. Ook hadden mensen met klinische burnout last van slaapproblemen. Zij hadden meer problemen met inslapen en voelden zich niet uitgerust na het ontwaken. Ze sliepen echter niet korter, werden niet eerder wakker en werden niet vaker wakker tijdens de nacht in verhouding tot gezonde mensen. Doordat de deelnemers 14 dagen lang direct na ontwaken hun slaapkachten registreerden, zijn we sterk overtuigd van de robuustheid van onze gegevens. Door deze meetwijze konden we de slaapproblemen ook direct relateren aan de mate van herstel van energie tijdens de nacht. Niet alleen de slaapkachten die typisch zijn voor burnout, maar ook de overige slaapproblemen bleken van invloed op de mate van herstel tijdens de nacht. Als we het onderzoek niet met de elektronische dagboeken maar met vragenlijsten hadden uitgevoerd, waren we waarschijnlijk niet tot deze conclusie gekomen. De gemiddelde ernst van de slaapkachten was namelijk niet gerelateerd aan de gemiddelde mate van herstel tijdens de nacht, terwijl dit mechanisme wel duidelijk naar voren kwam in meer geavanceerde analyses van de dagboekgegevens (multilevel-regressieanalyse). Vanwege de gelijkenissen tussen burnout en depressie hebben we ook hier expliciet gekeken naar de invloed van sombere stemming op onze resultaten. Het bleek echter dat weinig energieherstel tijdens de nacht samenhang met ernstige uitputting en weinig somberheid. Dit lijkt erop te wijzen dat gebrek aan energieherstel door slaap een werkelijk kenmerk is van burnout, en geen verkapt kenmerk van depressie is. Ook bleek dat burnoutpatiënten met een depressieve stoornis niet meer slaapkachten of andere slaapkachten ervaren dan burnoutpatiënten zonder depressieve stoornis. Kortom, we kunnen de huidige resultaten aan het burnoutsyndroom toeschrijven.

Door onze resultaten te vergelijken met andere onderzoeken hebben we reden om aan te nemen dat de zelf-gerapporteerde slaapkachten overeenkomen met objectief waarneembare slaapproblemen. De oorzaak van deze slaapproblemen wordt nog niet goed begrepen. In de discussies over mogelijke verklaringen voert de hyperarousaltheorie de boventoon. Deze theorie stelt dat als iemand zich aan het eind van de dag moeilijk lichamelijk en psychisch kan ontspannen, diens slaap onrustiger en minder diep is. Dit zou volgens de hyperarousaltheorie waarneembaar moeten zijn in de fysiologie van het lichaam. Een ander idee, mogelijk in aanvulling op de hyperarousaltheorie, is dat er bij burnout sprake is van een opeenstapeling van slaaptkort. Slaaponderzoek laat zien dat een beperkt slaaptkort van 2 uur per nacht gedurende een aantal opeenvolgende dagen het functioneren overdag sterk verstoord. Mogelijk is het functioneren eveneens verstoord als er gedurende langere tijd niet diep genoeg geslapen wordt. Of het kan zo zijn dat mensen met burnoutklachten een langere slaapbehoefte hebben dan gezonde mensen. De gelijke duur van de nachtrust in beide groepen duidt dan tóch op een slaaptkort in de burnoutgroep. Het is niet onwaarschijnlijk dat slaapkachten al in een vroeg stadium van het burnout proces optreden, en dus geruime tijd aanhouden. Ondanks dat een eenduidige verklaring nog ontbreekt, is het belangrijk dat we te weten zijn gekomen dat klinische burnout gepaard gaat met slaapproblemen en dat een verstoorde slaap de uitputting in de hand werkt.

Hoofdstuk 5: Burnoutklachten worden licht weerspiegeld in de fysiologie

Hoofdstuk 5 is een psychofysiologische studie naar klinische burnout. Regelmatig is gesuggereerd dat burnoutklachten gereflecteerd worden in de fysiologie van het lichaam. Veel aandacht is uitgegaan naar de hypothalamus-hypofyse-bijnier-as (de HPA-as), een van de belangrijkste stressregulerende systemen in het lichaam. Dit systeem speelt in het

bijzonder een rol ten tijde van langdurig aanhoudende stress, wanneer het lichaam zich moet aanpassen aan de aanhoudend hoge eisen van de omgeving. De hormonen cortisol en DHEAS zijn belangrijke maten die de activiteit van de HPA-as weerspiegelen. Het is omstreden of er ontregelingen zijn in het functioneren van de HPA-as bij mensen met burnout. Onderzoeken rapporteren tegenstrijdige resultaten: vergeleken met gezonde mensen wordt bij burnoutpatiënten zowel verhoogde als verlaagde aanwezigheid van cortisol gevonden, en minstens even zo vaak geen enkel verschil. Ook zijn er onderzoeken die zich beperken tot een groep met burnoutpatiënten en binnen deze groep onderzoeken of er een verband is tussen de ernst van de klachten en de mate van cortisol en DHEAS in het speeksel. Totnogtoe hebben onderzoekers geen aanwijzingen gevonden voor zo'n relatie tussen de fysiologische maten en burnoutklachten. In het huidige onderzoek wilden we deze laatste studies, die vragenlijsten gebruikten om klachten te meten, repliceren met het elektronisch dagboek. Zoals eerder vermeld, geeft de elektronische dagboekmethode een betrouwbaarder beeld van klachten dan eenmalige retrospectieve vragenlijsten, omdat er geen vertekening door herinnering optreedt. Het is mogelijk dat deze betrouwbare klachtenmetingen wél een relatie vertonen met fysiologie. Daarnaast stelde de elektronische dagboekmethode ons ook in staat om de relatie tussen cortisol/DHEAS en burnoutklachten te berekenen op één bepaald moment. Normaliter wordt er een verzamelmaat voor klachten en een verzamelmaat voor fysiologische parameters gebruikt. Door te kijken naar de relatie van fysiologie en psychologie op exact hetzelfde moment worden mogelijk andere resultaten gevonden. Op 3 opeenvolgende dagen binnen de dagboekperiode verzamelden deelnemers 4 buisjes met speeksel in het eerste half uur na ontwaken (0, 15 en 30 minuten na ontwaken, waarbij na 30 minuten twee buisjes werden verzameld). In ons onderzoek vonden we, toch onverwachts, wél een zwakke negatieve relatie tussen de ernst van de klachten en cortisol en DHEAS: hoe ernstiger een burnoutpatiënt was gekenmerkt door uitputting, des te lager was het cortisol niveau en des te kleiner de stijging van cortisol na ontwaken. Ook de cortisol/DHEAS-ratio was in dat geval kleiner. Al deze maten duiden op een verminderde werking van de HPA-as. Ook was er een sterkere verlaging van het cortisolniveau in de ochtend nadat de avond ervoor synthetisch cortisol was ingenomen, duidend op een versterkte terugkoppel-functie van de HPA-as. Deze relatie werd zowel gevonden voor de verzamelmaten, als voor de metingen op exact hetzelfde moment. De metingen op het hetzelfde moment waren echter robuuster, omdat zij ook gevonden werden als we de metingen niet meenamen (1) waarin geen toename van cortisol na ontwaken werd gezien (een teken dat de proefpersoon mogelijk niet direct na ontwaken het speeksel heeft verzameld), en (2) van mensen met co-morbide psychopathologie. Op dagen dat een burnoutpatiënt meer uitputting ervaarde, leek ook de HPA-as verminderd actief. Dit was slechts een zwak verband, en kan het gevolg zijn van de beperkte hoeveelheid aan metingen. We vonden dus aanwijzing voor een verminderde functie van de HPA-as bij ernstiger uitgeputte burnoutpatiënten vergeleken met minder uitgeputte burnoutpatiënten. Deze bevinding is ronduit moeilijk te interpreteren en vergt nader onderzoek vanwege de vele tegenstrijdige bevindingen in onderzoek met burnoutpatiënten én gezonde mensen. Wel lijkt dit onderzoek nieuw bewijs te leveren voor de hogere betrouwbaarheid van de elektronische dagboekmethode ten opzichte van een eenmalige vragenlijst. Zeer waarschijnlijk leidt gebruik van deze nieuwe methode tot nieuw inzicht in de psychofysiologie van burnout.

Hoofdstuk 6: Volledig herstel van klinische burnout is mogelijk

In hoofdstuk 6 beschrijven we een longitudinale studie naar klinische burnout. Na 6 maanden vulden de burnoutpatiënten opnieuw 2 weken lang het elektronische dagboek in. Op moment van de follow-up meting was de eerste dag van ziekmelding gemiddeld 10 maanden geleden. Met deze follow-up meting wilden we in kaart brengen in welke mate er na 6 maanden klachtherstel en werkhervatting heeft plaats gevonden bij mensen met klinische burnout. Milde burnoutklachten blijken over langere tijd vrij stabiel, terwijl over het voortduren van ernstige klachten veel minder bekend is. Het zou erg verontrustend zijn als ernstige klachten die tot langdurig ziekteverzuim leiden dezelfde stabiliteit kennen als milde

klachten. Onze resultaten lieten zien dat er na 6 maanden een sterke daling was op alle gemeten klachten: uitputting, herstel van energie tijdens de nacht, slaapproblemen en somberheid. Het dagelijks verloop van vermoeidheid bij burnoutpatiënten liet weer een gezonde dynamiek zien (U-curve), mogelijk een eerste teken van herstel. Er waren nog wel duidelijke verschillen tussen de klachtenniveaus van gezonde mensen en burnoutpatiënten, dus over de gehele groep genomen was er nog geen sprake van volledig herstel. Ruim eenderde van de burnoutgroep (37%) was weer volledig aan het werk, en krap eenderde gedeeltelijk (29%). De groep die volledig het werk had hervat, bleek ook volledig hersteld van de uitputting en somberheid (i.e. vergelijkbaar met gezonde mensen). Deze herstelde groep werd al bij de eerste meting gekenmerkt door de afwezigheid van slaapklachten, wat nog steeds gold bij de follow-up. In de regressieanalyses bleek inderdaad dat de ernst van de inslaapproblemen en het niet uitgerust wakker worden (de typische slaapproblemen bij burnout) voorspellend waren voor volledige werkhervatting. Anders gezegd, mensen met minder slaapklachten zijn eerder weer volledig aan het werk. Daarnaast bleek ook dat mensen met klinische burnout die relatief goed konden uitrusten tijdens de nacht na 6 maanden minder uitgeput waren. Deze resultaten laten zien, net als in hoofdstuk 4, dat slaapproblemen een complicerende rol spelen in klinische burnout. Ook hier wilden we zeker zijn dat onze resultaten niet werden vertekend door de aanwezigheid van een depressie. We vonden echter dat in de analyses zonder de mensen met depressieve klachten de slaapklachten niet meer (sterk) voorspellend waren voor herstel. Dit kan komen doordat in kleine groepen moeilijker een effect wordt aangetoond, en in dit longitudinale onderzoek was de klinische burnout groep niet heel groot. Het zou ook kunnen dat slaapklachten het herstel slechts bemoeilijken bij mensen die naast klinische burnout ook lijden aan een depressieve stoornis. Dit verdient nader onderzoek. Samenvattend kan worden gesteld dat het voor veel mensen mogelijk is om volledig te herstellen van ernstige burnoutklachten. Een burnoutpatiënt met ernstige slaapklachten heeft minder kans om snel te herstellen. Tot slot willen we nog opmerken dat in onze onderzoeksgroep de meeste mensen een bepaalde vorm van psychologische behandeling ontvingen. Mogelijk is deze behandeling van invloed geweest op het herstel. Deze invloed hebben we helaas niet expliciet kunnen maken in dit onderzoek, omdat we geen vergelijkbare burnoutgroep hebben gevolgd zonder therapie. Toch geeft het huidige onderzoek een goed beeld van de herstelverwachting bij mensen met klinische burnout die een - voor Nederland - gebruikelijke route tot herstel volgen.

Hoofdstuk 7: Conclusies en aanbevelingen

Hoofdstuk 7 bevat een samenvatting en kritische bespreking van de resultaten van het gehele onderzoeksproject. Het belangrijkste resultaat van dit onderzoek is dat het fenomeen klinische burnout beter in kaart is gebracht: Klinische burnout wordt gekenmerkt door (1) dagelijkse ernstige uitputting met weinig dynamiek gedurende de dag, (2) een verstoord herstel van vermoeidheid tijdens de nacht en (3) slaapproblemen die het herstel tijdens de nacht in de weg staan. Hoewel burnoutpatiënten ook gekenmerkt worden door een sombere stemming, hebben we nieuwe aanwijzingen gevonden voor de veronderstelling dat klinische burnout een ander fenomeen is dan depressie. De ernst van de uitputting kent een zekere weerspiegeling in cortisol en DHEAS; in de meest ernstige burnoutgevallen is er sprake van een hypofunctioneren van de HPA-as. Een grote groep mensen herstelt volledig van ernstige burnout binnen 6 maanden. Mensen met ernstige slaapklachten hebben hier minder kans op. De elektronische dagboekmethode heeft ons in staat gesteld om tot deze robuuste en vernieuwende resultaten te komen.

Dit onderzoek heeft implicaties voor de klinische praktijk, en we noemen hier de belangrijkste. Allereerst zal de klinische representatie van klinische burnout, zoals hierboven beschreven, bijdragen aan het herkennen van werknemers die met deze problematiek kampen. Natuurlijk geldt hier de kanttekening dat de klinische beschrijving beperkt is tot de klachten die wij gemeten hebben, en dat er nog andere kenmerken denkbaar zijn. De tweede en misschien wel de belangrijkste implicatie is dat een vroege herkenning van slaapklachten en succesvolle behandeling daarvan belangrijk zijn om het herstel van burnout te bespoedigen. Ten slotte is gebleken dat de meest gebruikte burnout

screeningsvragenlijst, de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS), problemen oplevert bij mensen met langdurig ziekteverzuim. De UBOS vraagt naar klachten voorafgaand, tijdens en na een werkdag. Door de werkgerelateerde wijze van vragen geeft de UBOS een sterk vertekend beeld van de werkelijk ervaren klachten bij patiënten in de ziektewet. Op dit moment lijkt een klinisch interview de beste manier om klinische burnout te diagnosticeren (vooral nog bij voorkeur als werk-gerelateerde neurasthenie, zie Appendix I, p.29).

Ook willen we enkele aanbevelingen doen voor toekomstig onderzoek. Het lijkt met name zinvol de rol van slaapklachten beter in kaart te brengen, zowel in de ontwikkeling van burnout als in het herstel ervan. Naast een elektronisch dagboek zullen objectieve slaapmetingen in een dergelijk onderzoek van waarde zijn. Er is ook meer kennis nodig over de verklarende mechanismen van slaapproblemen. Een studie naar piekergedrag en ontspanning voor het slapen zou hieraan kunnen bijdragen. Een andere logische stap in het onderzoek naar burnout is het vergelijken van de klachten van mensen met klinische burnout met mensen met andere psychische stoornissen, zoals depressie of angststoornissen, om zo tot een duidelijker onderscheid te komen (differentiaal diagnostiek). Ook onderzoek naar de twee andere kernsymptomen van burnout naast uitputting, i.e. een cynische houding en een aangetaste geloof in eigen kunnen, zou kunnen bijdragen aan een scherper onderscheid. Ten slotte is er op dit moment nog erg weinig bewijs voor effectieve psychologische interventies bij klinische burnout. Hoewel we hebben laten zien dat een groot aantal burnoutpatiënten binnen 6 maanden herstelt, is een groot deel nog niet volledig hersteld. Er is dus grote behoefte aan voortgaand onderzoek naar succesvolle interventies. De resultaten van het huidige onderzoek wijzen in de richting van slaapinterventies, maar ook deze aanbeveling behoeft empirische ondersteuning.

Hoewel we met het huidige onderzoek een mooie stap hebben kunnen zetten, staat het onderzoek naar klinische burnout nog aan het begin. Er is voldoende aanleiding en ook noodzaak om de theoretische en praktische kennis over klinische burnout verder uit te breiden in de komende jaren.

Referentie lijst

Het volledige proefschrift is te vinden op:

<http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2007-0619-200910/UUindex.html>

Internationale publicaties

Sonnenschein, M., Sorbi, M.J., Van Doornen, L.J.P., Maas, C.M. (2006). Feasibility of an electronic diary in clinical burnout. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13, 315-319.

Sonnenschein, M., Sorbi, M.J., Van Doornen, L.J.P., Schaufeli, W.B., Maas, C.J. (in press). Electronic diary evidence on energy erosion in clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*.

Sonnenschein, M., Sorbi, M.J., Van Doornen, L.J.P., Schaufeli, W.B., Maas, C.J. (2007). Evidence that impaired sleep recovery may complicate burnout improvement independently of depressive mood in clinical burnout. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 487-494.

Sonnenschein, M., Mommersteeg, P.M.C. Houtveen, J.H., Sorbi, M.J., Schaufeli, W.B., Van Doornen, L.J.P. (in press). Exhaustion and endocrine functioning in clinical burnout: An in-depth study using the Experience Sampling Method. *Biological Psychology*, 75, 176-184.

Manuscripten ingediend ter publicatie bij tijdschriften

Sonnenschein, M., Sorbi, M.J., Verbraak, M.J.P.M., Schaufeli, W.B., Maas, C.J.M., Van Doornen, L.J.P. Recovery from clinical burnout is possible: A prospective electronic diary study on exhaustion, depressed mood, sleep and full return to work. *Submitted*.