

Burnout: Waarom wachten?

Kan het aanbieden van ervaringsgerichte interventies binnen de Psychomotorische therapie een bijdrage leveren aan het voorkomen van een burnout bij mensen die hier gevoelig voor zijn?

Titel: Burnout: Waarom wachten?

Student: Rick Buit
s316559

Begeleider: Hanneke Sleenwenhoek

Beoordelaar: Sandra Verbeeten

Opleiding: Psychomotorische therapie en
bewegingsagogie
Hogeschool Windesheim, Zwolle

Versie: 2

Datum: 30 juni 2014

VOORWOORD

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek die ik heb geschreven in de afsluitende periode van mijn opleiding Psychomotorische therapie & bewegingsagogie aan Hogeschool Windesheim in Zwolle.

Het onderwerp van dit onderzoek is iets wat me al sinds het tweede leerjaar van de opleiding bezig heeft gehouden en is dan ook *niet* gelieerd aan mijn eindstage bij GGZ Drenthe.

Ook tijdens de minor Prestatiepsychologie in het voorgaande jaar op het Saxion in Deventer, heb ik met dit onderwerp kunnen werken en hier onderzoek naar kunnen doen. Binnen deze minor was echter niet de ruimte om een onderzoek te doen met deze onderzoeksvraag en hebben we onderzocht in hoeverre burnout-klachten naar aanleiding van het werk, doorwerken op de beleving van het individu in de sport. Hierin werd de hypothese dat een hogere mate van burnout-klachten doorwerkt in de (negatieve) sportbeleving van het individu, bevestigd.

De vraag waarom er zo weinig preventief wordt ingezet om bijvoorbeeld burnout-klachten te doen afnemen, heeft me lang bezig gehouden. Het lijkt alsof er wordt gewacht totdat iemand ziek genoeg is, pas dan start de behandeling. Vandaar ook de keuze voor deze titel.

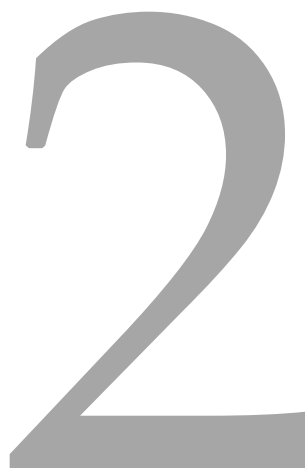
Mijn grootste dank gaat uit naar Hanneke Sleenwenhoek, scriptiebegeleider, voor het meekijken en bijsturen tijdens mijn onderzoek.

Verder bedank ik mijn vriendin, familie en verdere kennissen voor het meelezen en meedenken tijdens het schrijven van dit onderzoek.

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn onderzoek.

Rick Buit

Dalfsen, 2 juni 2014



SAMENVATTING

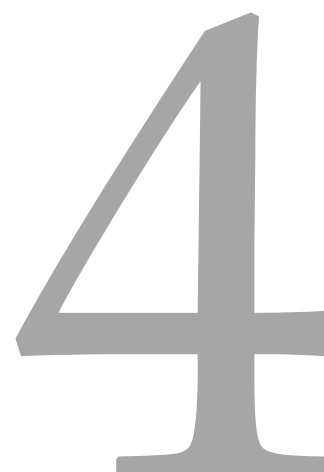
Burnout is een term die wordt gebruikt om klachten door langdurige, meestal werkgerelateerde, stress te betitelen. Burnout kenmerkt zich door emotionele uitputting, afstandelijkheid ten aanzien van het werk en verminderde ervaring van competentie. De klachten die hiermee gepaard gaan, zijn veelal lichamelijk van aard, maar werken ook door op de gedachten en de sociale omgeving. Een aantal persoonlijkheidskenmerken kunnen van invloed zijn op het vatbaar zijn voor een burnout. Emotionele instabiliteit, een Type D persoonlijkheid en passieve coping zijn een aantal kenmerken die de kans op burnout-klachten vergroten.

Het is lastig te bepalen wanneer iemand een burnout heeft. Hierdoor blijven mensen doorgaan met werken en zullen ze pas later, als de klachten zijn toegenomen, in behandeling gaan. Toch kunnen de eerste (lichamelijke) klachten al behandeld worden, ter voorkoming van erger. Momenteel zijn er op het gebied van psychomotorische therapie (PMT) weinig behandelingen uitgeschreven. Op het gebied van preventie van burnout is binnen de PMT tot op heden nog niets bekend. Toch blijkt PMT een grote bijdrage te kunnen leveren in het leren herkennen van de eerste lichaamssignalen, het leren ontspannen en het leren aangeven richting de omgeving (zowel op het werk als thuis) wat het individu nodig heeft om de stress te doen afnemen.



INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	2
SAMENVATTING	3
INHOUDSOPGAVE	4
INLEIDING	5
METHODE	6
THEORETISCH KADER	7
I. WAT IS BURNOUT?.....	7
II. WELKE PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN ZIJN VAN INVLOED WANNEER HET GAAT OM HET VATBAAR ZIJN VOOR BURNOUT-KLACHTEN?.....	10
RESULTATEN	12
DISCUSSIE	13
CONCLUSIE	14
AANBEVELINGEN	18
LITERATUURLIJST	19
 BIJLAGE I – SAMENVATTING VAN GEBRUIKTE LITERATUUR	21
BIJLAGE II – DE 7 PMT-THEMA’S	23



INLEIDING

In dit afstudeeronderzoek wordt een literatuurstudie gedaan naar welke bijdrage psychomotorische therapie (PMT) kan leveren in het voorkomen van burnout.

Iedereen heeft te maken met stress. Deze stress kan zijn oorsprong vinden in het werk, op school, maar ook in de thuissituatie. Langdurige stress (met name op de werkvloer) kan leiden tot een burnout.

Sinds 2007 zijn de burnout-cijfers van Nederlandse werknemers toegenomen. Waar in 2007 nog 11% van de Nederlandse bevolking burnout-klachten had, was dit percentage in 2011 al toegenomen naar 13,1 (TNO, 2011). Uit hetzelfde verslag van TNO, blijkt dat, in 2010, ruim 16% van alle verzuimdagen in Nederland toe te rekenen is aan psychische klachten zoals overspannenheid of burnout. Uitgaande van dit laatste percentage, kostte het verzuim door deze psychische klachten in 2010 ruim 2 miljard euro.

Behalve dat medewerkers met burnout-klachten geld kosten, werken de effecten van deze klachten ook door op het gezin. Kenmerken als prikkelbaarheid, alcoholgebruik en het niet meer kunnen genieten, hebben invloed op de directe omgeving (Hoogduin, Schaufeli, Schaap, & Bakker, 2001). Hierdoor krijgt niet alleen de medewerker onder de burnout-klachten te leiden, maar ook de directe sociale omgeving.

Ondanks de kosten en andere negatieve gevolgen voor o.a. de directe sociale omgeving, blijkt er geen duidelijk inzicht te zijn welke bijdrage psychomotorische therapie kan leveren, om burnout te voorkomen. Sterker nog; in Nederland zijn er geen ervaringsgerichte interventieprogramma's te vinden die zich richten op het voorkomen van burnout.

Dit literatuuronderzoek is erop gericht om hierin duidelijkheid te verschaffen, teneinde inzicht te geven of en op welke manier, middels PMT, burnout in zekere mate voorkomen, dan wel verminderd kan worden.

Middels dit literatuuronderzoek zal gezocht worden naar het antwoord op de vraag: Kan het aanbieden van ervaringsgerichte interventies binnen de PMT een bijdrage leveren aan het voorkomen van een burnout bij mensen die hier gevoelig voor zijn? De verwachting/hypothese is dan ook dat wanneer, bij toenemende burnoutverschijnselen, PMT wordt ingezet, dit klachtenverminderend zal werken.

Allereerst staat in de methode omschreven hoe het systematisch literatuuronderzoek is uitgevoerd en aan de hand van welke criteria artikelen al dan niet zijn gebruikt.

Om antwoord te kunnen krijgen op de onderzoeksvraag en een mogelijke bevestiging van de hypothese, wordt in het theoretisch kader duidelijkheid gegeven over wat burnout is en welke persoonlijkheidskenmerken van invloed zijn wanneer het gaat om het vatbaar zijn voor burnout-klachten.

Vervolgens wordt in het onderdeel resultaten in een tabel overzichtelijk weergegeven wat de resultaten zijn van het literatuuronderzoek.

Tot slot wordt er antwoord gegeven op de onderzoeksvraag, waarbij naar de resultaten wordt gekeken en een inschatting wordt gemaakt of vergelijkbare interventies vanuit de PMT werkbaar worden geacht. Mogelijk is PMT zelfs een betere benadering ten opzichte van de eerder beschreven werkbare interventies. Hierbij kan ook een link worden gelegd naar de bestaande PMT-module: Psychomotorische training bij burnout (Van Beurden, Van der Meijden, Mulder, Van den Munckhof, & Zopfi, 2004).

METHODE

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag is een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd.

Zoekstrategie

De volgende zoekstrategie werd daarvoor gehandhaafd: in verschillende databases, zoals Google Scholar, PubMed, EBSCOhost, HBO-Kennisbank, Elsevier en SpringerLink werd gezocht op artikelen en onderzoeken. Zoektermen zoals “burnout”, “stress”, “preventie”, “interventie”, “emotionele uitputting”, “depersonalisatie”, “verminderde competentie”, “werkvloer”, “behandeling”, “relaxatie”, “lichaamsbeleving”, alsmede de Engelse benamingen hiervan werden hiervoor gebruikt. Daarnaast is de zogeheten sneeuwbalmethode gebruikt, waarbij in relevante artikelen werd gekeken naar referenties en naar mogelijke aanvullende artikelen.

Inclusie- en exclusiecriteria

De gevonden artikelen werden geïncludeerd wanneer deze PMT-gerelateerd waren. Dit houdt in dat de interventie lichaams- en/of bewegingsgericht was. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies bieden een mogelijkheid voor de PMT om burnout-klachten te behandelen, zowel in de behandeling als preventief. Daarnaast zijn artikelen waarin de relatie tussen persoonlijkheidskenmerken en burnout zijn beschreven tevens geïncludeerd, omdat bepaalde kenmerken van het individu mogelijk een bijdrage leveren in het vatbaar zijn voor burnout. Alleen artikelen in het Nederlands of Engels zijn geïncludeerd. Onderzoeken waarin mogelijke PMT-thema's te herkennen zijn, worden geïncludeerd. Zijn deze PMT-thema's niet te herkennen in de interventies, dan worden de onderzoeken niet gebruikt.

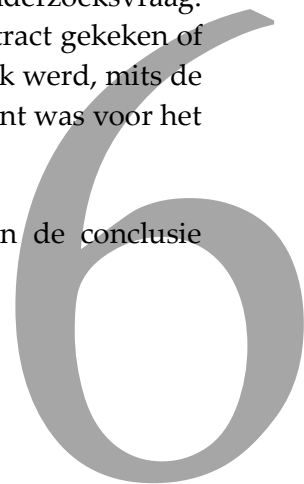
Artikelen die gericht zijn op organisatorische veranderingen in een bedrijf zijn niet meegenomen in de resultaten en daarmee geëxcludeerd. Ook andere onderzoeken waarin cohesiebevorderende interventies en interventies gericht op het samenwerken zijn niet gebruikt in het onderzoek.

Tot slot worden algemene informatie en statistische gegevens wel gebruikt in de uitwerking in het theoretisch kader, maar wanneer deze geen relevante informatie bevatten, zoals beschreven bij inclusiecriteria, worden deze niet gebruikt in de resultaten.

Selectieprocedure

De gevonden artikelen en onderzoeken zijn beoordeeld op relevantie voor het onderzoek. Als eerste werd de titel gecontroleerd op relevantie ten aanzien van de onderzoeksvraag. Indien het gevonden onderzoek geschikt leek te zijn, is vervolgens in de abstract gekeken of het relevant was. Als ook de abstract geschikt leek voor het verdere onderzoek werd, mits de ‘full text’ beschikbaar was, de volledige tekst gelezen en bepaald of het relevant was voor het onderzoek, met in achtname van de inclusie- en exclusiecriteria.

De resultaten worden overzichtelijk weergegeven in een tabel, waarna in de conclusie antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag.



THEORETISCH KADER

I. WAT IS BURNOUT?

Burnout is een Engelse term die in het Nederlands vertaald kan worden met 'opbranden', of 'opgebrand zijn'. Voor het begrip burnout zijn talloos verschillende omschrijvingen te vinden in de literatuur.

Awa et al. (2010) beschrijven burnout als:

"Burnout is een werkgerelateerde mentale gezondheidsverslechtering die bestaat uit drie dimensies: emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke prestaties" (p. 1).

De beschrijving volgens Taris et al. (2013) luidt:

"Burnout is een syndroom van extreme vermoeidheid (uitputting), afstand nemen van het werk (distantie) en weinig vertrouwen in het eigen kunnen (verminderde competentie), waarbij de oorzaken voor deze aspecten gelegen zijn in hetzij de werksfeer, hetzij de manier waarop werknemers omgaan met stresserende aspecten in hun werk" (p. 1).

De psychiater Herbert Freudenberger gebruikte de term als eerste om de emotionele uitputting, gebrek aan motivatie en verminderde toewijding onder vrijwilligers te beschrijven (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Termen als 'emotionele uitputting' ('EU'), 'depersonalisatie' ('DP') en 'ervaren van competentie' ('EC') komen steeds terug in de beschrijving van burnout in de literatuur. Deze 3 begrippen worden tevens als subschalen gebruikt binnen de UBOS (Utrechtse Burnout Schaal). De UBOS is de vertaalde versie van MBI (Maslach Burnout Inventory). Deze test is geen diagnostisch instrument, maar een meetinstrument om de mate van burnout weer te geven. Een korte uitleg van de subschalen zoals deze in de UBOS worden gebruikt:

- Emotionele uitputting, het 'op' of 'leeg' te voelen als gevolg van het werk.
Voorbeeldvragen:
 - o Aan het einde van een werkdag voel ik me leeg
 - o Ik voel me vermoeid als ik 's ochtends opsta en er weer een werkdag voor me ligt
- Depersonalisatie, het minder betrokken zijn bij het werk wat men doet.
Voorbeeldvragen:
 - o Ik twijfel aan het nut van mijn werk
 - o Ik ben niet meer zo enthousiast als vroeger over mijn werk
- Ervaren van competentie, in hoeverre men zich competent voelt in het werk dat men doet.
Voorbeeldvragen:
 - o Ik vind dat ik mijn werk goed doe
 - o Ik heb het gevoel dat ik met mijn werk een positieve bijdrage lever aan het functioneren van de organisatie

Op basis van de scores op deze drie subschalen/componenten, wordt vastgesteld of iemand hoger of lager op de schaal scoort. Een hogere score op de subschalen 'EU' en 'DP' en een lagere score op 'EC', geven een hogere score op de totale UBOS weer. Omdat er, zoals genoemd, geen officieel diagnostisch instrument is, kan er niet vastgesteld worden dat iemand een burnout heeft, op grond van deze test.

Hoewel de drie genoemde subschalen van burnout onderling met elkaar verbonden zijn, speelt emotionele uitputting een centrale rol. De negatieve houding van een patiënt

(depersonalisatie) is het gevolg van emotionele uitputting. Dit, op zijn beurt, zorgt in relatie met de werksituatie voor verminderde ervaring van competentie (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, & Van Dierendonck, 2000). Met het oog op (preventieve) behandeling van symptomen van burnout, zal de interventie derhalve vooral gericht moeten zijn op de emotionele uitputting.

Organisatiepsychologe Ayala Pines noemt dat burnout met name in contactuele beroepen (onderwijs, gezondheidszorg, welzijnszorg, politie) voorkomt. Ze maakt in dit geval wel onderscheid tussen oververmoeidheid en burnout. Hoewel de symptomen van beiden gelijk zijn, is de oorzaak van beiden wel verschillend. Zowel oververmoeidheid als burnout ontstaan bij langdurige spanning/stress op het werk, maar er is alleen sprake van burnout wanneer er sprake is van emotionele uitputting (Schaufeli, 1990).

Uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden van 2012 blijkt dat 13,1% van de medewerkers een zorgelijke score heeft op de burnoutschaal. Het verschil tussen mannen en vrouwen is in dit onderzoek niet significant (Koppes, et al., 2013). In andere onderzoeken echter, blijkt hier wel een verschil in te zijn (Bierings & Mol, 2012; Jonckheer, et al., 2011). Over het algemeen lijken vrouwen hoger te scoren op de subschaal 'EU', waar mannen hoger lijken te scoren op 'DP' (Bakker, Schaufeli, & Van Dierendonck, 2000).

Lichamelijk gezien verandert er veel wanneer iemand veel stress heeft. Ten tijde van stress wordt het sympathische zenuwstelsel geactiveerd, wat de nodige fysieke gevolgen heeft. Deze fysieke kenmerken komen bij zowel kortdurende als langdurige stress en dus ook bij burnout voor. Een aantal waarnemingen in het lichaam en fysieke toestanden worden omschreven door Karsten (2003) in het Multi Modale Therapie model:

- | | |
|---------------------|--|
| - Hoofdpijn | - Maagzweren, darmverstoppingen |
| - Misselijkheid | - Verhoogde hartslag, ademhaling |
| - Pijnlijke spieren | - Hyperventilatie |
| - Slaapproblemen | - Menstruatie- of potentiële stoornissen |
| - Duizelingen | - Uitgeput voelen |
| - Verhoogde arousal | - Hypercholesterolemie |
| - Rusteloosheid | - Hypertensie |
| - Nerveuze tics | - Hoofd-, nek- en rugklachten |
| - Vermoeidheid | - Huidaandoeningen |

Naast deze fysieke kenmerken die het gevolg zijn van langdurige stress, zijn er ook ongemakken op het gebied van gedrag, gevoel, gedachten en relaties.

Bij ongemakken op het gebied van relaties, kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de directe sociale omgeving. Mensen met een grote mate van burnout-klachten kunnen namelijk niet meer of verminderd genieten van het leven en hebben negatieve gedachten. Daarnaast zijn kenmerken als prikkelbaar zijn en alcoholgebruik veel voorkomend (Hoogduin, et al., 2001; Karsten, 2003).

Ook op de werkvloer kunnen burnout-klachten negatieve consequenties hebben richting de sociale omgeving. Uit onderzoek blijkt dat er een positief verband bestaat tussen het waarnemen van klachten bij collega's en het eigen niveau van burnout (Groenestijn, Buunk, & Schaufeli, 1992).

Sociaaldemografische eigenschappen

Vanuit de literatuur blijkt dat een aantal sociaaldemografische eigenschappen wel invloed kan hebben op burnout, of één van de subschalen: 'EU', 'DP' en/of 'EC'. Van alle demografische variabelen, blijkt slechts één gegeven een constante factor te zijn en in meerdere onderzoeken bewezen te kunnen worden. Burnout komt namelijk vooral voor bij mensen in de leeftijdscategorie 25 tot 54 jaar (Koppes, et al., 2013) en dan met name de categorieën 15 tot 24 jaar en 45 tot 54 jaar (Hupkens, 2005).

Andere demografische gegevens zijn onderzocht maar niet voldoende bewezen. Zo leek in een meting onder Nederlandse medewerkers in 2010 een significant verschil te zijn tussen mannen en vrouwen (13,7% resp. 12,4%) (TNO, 2011), in 2012 was het verschil tussen de geslachten al aanzienlijk minder (13,2% resp. 13,0%) (Koppes, et al., 2013).

Verder is de gezins- of thuissituatie onderzocht onder huisartsen. Zo zou het leven als stel een lagere score op de 'EC' kunnen onderdrukken, hoewel dit niet geldt voor het onderdrukken van de subschaal 'EU'. Wanneer er echter relatieproblemen zijn, vergroot dit de kans op burnout-klachten. Ook kan het hebben van kinderen een beschermende factor zijn tegen een hogere waarde op de componenten 'EU' en 'DP'. Vergrote verantwoordelijkheid in de thuissituatie als kostwinner, kan een factor zijn voor ernstigere burnout-klachten (Jonckheer, et al., 2011). Genoemde samenhangen zijn echter niet bewezen. Het gebruik van alcohol en/of drugs echter, vergroot de kans op burnout-klachten (Maslach & Jackson, 1981).

Conclusie

Burnout is een syndroom als gevolg van langdurige stress, waarvoor geen diagnostische instrument is, maar waarvoor wel een meetinstrument ontwikkeld is om de mate van burnout aan te geven. Burnout uit zich in emotionele uitputting, depersonalisatie ten opzichte van het werk en verminderde ervaring van competentie. Deze onderdelen worden ook gebruikt om te meten wat de mate van burnout bij het individu is. Hierin blijkt het onderdeel emotionele uitputting de belangrijkste schakel te zijn, die doorwerkt op de andere subschalen van burnout. Deze emotionele uitputting is ook het belangrijkste onderscheid tussen oververmoeidheid en burnout; er is alleen sprake van burnout als er ook sprake is van emotionele uitputting.

De gevolgen van burnout zijn op veel verschillende gebieden zichtbaar, met name op lichamelijk gebied komen klachten als hoofdpijn, slaapproblemen, rusteloosheid, vermoeidheid en hoofd-, nek- en rugklachten sterk naar voren. Daarnaast is burnout ook voor de sociale omgeving merkbaar, zowel in privésferen als op het werk werkt het door.

Behalve dat burnout vaker voorkomt bij mensen tussen de 25 en 54 jaar, zijn er geen andere sociaaldemografische eigenschappen waarvan is bewezen dat deze een risicofactor voor burnout vormen. Het gebruik van alcohol en/of drugs vergroot wel de kans op burnout-klachten.

II. WELKE PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN ZIJN VAN INVLOED WANNEER HET GAAT OM HET VATBAAR ZIJN VOOR BURNOUT-KLACHTEN?

In een overzichtstudie van Swider en Zimmermann (2010) zijn vanuit meerdere onderzoeken gegevens verzameld die inzicht geven in de persoonlijkheid van mensen en de relatie met de drie componenten van burnout. De mate van ordelijkheid (conscientiousness), extraversie (extraversion), emotionele instabiliteit (neuroticism), mildheid (agreeableness) en autonomie (openness to experience) worden weergegeven en gemeten middels de Big Five, en vergeleken met burnout. De Big Five-theorie geeft in de genoemde 5 dimensies weer in welke mate deze dimensie voor die persoon van toepassing is, waarmee het karakter of de persoonlijkheid van mensen kan worden beschreven.

De cijfers van dit onderzoek geven weer dat vooral (grote) emotionele instabiliteit een persoonlijkheidskenmerk is, dat een groot risico vormt voor het hebben van burnout-klachten. Emotionele instabiliteit, ofwel neuroticisme, heeft een sterke relatie met toename van 'EU' en 'DP' en vermindering van 'EC'.

Extraverte personen lijken in dit onderzoek meer competentie te ervaren op de werkvloer en scoort daarmee hoger op 'EC'. Vriendelijke personen (mildheid) zullen bij het invullen van de UBOS een lagere score krijgen op 'EU' en 'DP' en tevens hoger scoren op 'EC'. Deze mildheid bij vriendelijke, warme personen maakt dat hun gedachten over het werk niet leiden tot negatieve psychologische gevolgen, zoals frustratie en emotionele uitputting. Door hun positievere kijk op hun werk, nemen ze de negatieve aspecten minder waar. Mildheid is hierbij de grootste factor, binnen de Big Five, om depersonalisatie te onderdrukken.

De hypothesen dat ordelijkheid en autonomie de kans op burnout-klachten verkleinen, worden in dit onderzoek ook bevestigd.

Samenvattend vanuit dit onderzoek:

Openness (autonomie)	EU ↓	DP ↓	EC ↑
Conscientiousness (ordelijkheid)	EU ↓	DP ↓	EC ↑
Extraversion (extraversie)	EU ↓	DP ↓	EC ↑
Agreeableness (mildheid)	EU ↓	DP ↓	EC ↑
Neuroticism (emotionele instabiliteit))	EU ↑	DP ↑	EC ↓

Mensen met *Type D persoonlijkheid* hebben als kenmerk dat ze in meerdere mate negatieve emoties ervaren, maar moeite hebben om dit te uiten, vanwege sociale geremdheid omdat ze bang zijn afgekeurd of afgewezen te worden. Uit onderzoek door Mols en Denollet (2010) is gebleken dat een Type D persoonlijkheid een negatieve invloed heeft op mentale gezondheid, in de vorm van depressie, angst en stress. Op de fysieke gezondheid heeft het tevens negatieve invloed, wat kan resulteren in somatische klachten, griep en dergelijke. Ook zijn er negatieve effecten door Type D persoonlijkheid op werkgerelateerde problemen, zoals hoger verzuim, meer uitputting en burnout.

Coping

Naast de persoonlijkheidskenmerken conform de 'Big Five', heeft ook de manier van probleemhantering invloed of iemand vatbaar blijkt voor burnout-klachten. Vermijdingsgedrag ten aanzien van problemen, zorgt voor een grotere kans op burnout-klachten. Terwijl een meer actieve aanpak bij problemen gerelateerd is met vermindering

van burnout-klachten. Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen emotiegerichte coping en probleemgerichte coping (Van Dierendonck & Schaufeli, 1993). Bij emotiegerichte coping wordt gepoogd de emoties, die naar boven komen door de problemen, te veranderen om zo beter met de situatie om te gaan. Bij probleemgerichte coping wordt gepoogd het probleem of de oorzaak op te lossen.

In een onderzoek onder hulpverleners blijken uitspraken als: 'ik kan er wél tegen' en 'ik doe er wel een schepje bovenop' de hulpverleners blind te maken en ervoor te zorgen dat ze nog harder gaan werken. Het aangeven van de grens van het professionele vermogen wordt als een zwakte gezien. De problemen worden op deze manier niet aangepakt, maar vermeden (Donk, 2001).

Conclusie

Op het gebied van persoonlijkheidskenmerken vatten Taris et al. (2013) het als volgt samen: "hoewel niet altijd duidelijk is welke psychologische processen verantwoordelijk zijn voor de samenhang tussen persoonlijkheidskenmerken en burnout, kan op basis van het bovenstaande wel worden geconcludeerd dat een aantal specifieke persoonlijkheidsaspecten inderdaad relatief sterke voorspellers van burnout zijn" (p. 246).

Hierin wordt aan de hand van de Big Five weergegeven of de persoonlijkheid van iemand aanleiding is tot een verhoogde kans op burnout-klachten. Met name het persoonlijkheidsaspect neuroticisme is een sterke voorspeller voor burnout-klachten.

Op het gebied van probleemhantering (coping) heeft een passieve copingstrategie, dus een vermijdende reactie bij problemen, een grote samenhang met burnout klachten. Een meer actievere coping daarentegen, lijkt de burnout-klachten te voorkomen.



RESULTATEN

In totaal zijn er 73 artikelen gevonden, waarvan 23 geëxcludeerd omdat deze organisatorisch gericht waren. Verder zijn er 31 geëxcludeerd omdat deze niet relevant waren voor de PMT. Bij 8 artikelen betrof het alleen algemene en statistische informatie over burnout. 2 andere artikelen bleken bij nader inzien ook niet geschikt voor het onderzoek. Dit maakt dat er 9 relevante artikelen overgebleven zijn. In tabel 1 zijn de resultaten van het onderzoek te zien, in bijlage 1 is een uitgebreidere samenvatting van de onderzoeken en andere literatuur te vinden.

Tabel 1

Resultaten van onderzoeken waarin burnout werd behandeld.

Bron	Interventie	Uitkomst	Lichaamsgericht	Bewegingsgericht	PMT-thema
Marine et al. (1988)	Overzichtstudie		√		Relaxatie,
Rowe (1999)	Stress-management met opfrissingcursussen	'EU' ↓, 'DP' ↓, 'EC' ↑	Stress-management		Relaxatie
Van Rhenen et al. (2005)	Fysieke training & ontspanning, cognitieve interventies	Burnout ↓	Relaxatie: Jacobson		Relaxatie
Żołnierczyk-Zreda (2005)	Stressmanagement workshops	'EU' ↓, 'DP' ~, 'EC' ↑			Relaxatie, M.I.S.
Kanji et al. (2006)	Autogene training en lach-training	Burnout ~	Autogene training		Relaxatie
Awa et al. (2010)	Overzichtstudie	Burnout ↓	√		Relaxatie, M.S.S.
Van Wyk et al. (2010)	Stress management training interventies				Relaxatie
Gorter et al (2011)	Herstel van persoonlijke balans	Burnout ↓			Relaxatie
Jonckheer et al. (2011)	Overzichtstudie		√		Relaxatie

Afname: ↓, toename: ↑, gelijk gebleven: ~

M.I.S.: Motorische Instrumentele Sensibiliteit

√: Interventie komt in de studie voor

Preventie of behandeling?

Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 1, is er geen diagnostisch instrument om te bepalen of iemand een burnout heeft. Dit maakt de grens tussen preventieve interventies en behandeling vaag en onduidelijk. Om toch een grens te kunnen bepalen wordt dus niet gekeken of iemand gediagnosticeerd is, maar wordt gekeken of de medewerker nog aan het werk is. Als medewerkers nog aan het werk zijn dan lopen deze mensen 'risico op burnout' en zijn de interventies preventief. Is de medewerker niet meer in staat om te werken als gevolg van de klachten, dan zijn de interventies gericht op behandeling van deze klachten (Gorter, Eijkman, & Hoogstraten, 2001).

DISCUSSIE

Nog onderbelicht in de reeds geschreven literatuur, maar mogelijk zeer relevant is de cognitieve training. In verschillende behandelprotocollen wordt deze fase genoemd en hierin kan PMT ook een bijdrage leveren. Binnen cognitieve training staat het leren herkennen van stressgevendende factoren centraal en hoe iemand hier vervolgens mee om kan gaan. PMT biedt mogelijkheden om dit, bijvoorbeeld in de zaal, te simuleren.

Verder is het lastig een selectie te maken van de verschillende persoonlijkheidskenmerken. In veel onderzoeken is onderzocht hoeveel invloed de verschillende persoonlijkheidskenmerken op verschillende psychische moeiten hebben. De waarde van persoonlijkheidskenmerken is in deze moeilijk te bepalen, omdat deze een risicofactor zijn; geen garantie dat iemand later burnout-klachten zal ontwikkelen. Toch is het belangrijk om bij deze mensen, met name hen die emotioneel minder stabiel zijn, extra alert te zijn op het gebied van burnout-klachten.

Bij verschillende onderzoeken kunnen kleine vraagtekens gezet worden. Schaufeli (1990) heeft namelijk onderzocht en gevonden, dat met name mensen met lichte burnout-klachten zich aanmelden voor preventieve programma's. Mensen met ernstigere burnout-klachten hebben vaak meer weerstand tegen dergelijke programma's en zullen niet participeren. Mogelijk dat bij verschillende onderzoeken een wat eenzijdig beeld is ontstaan omdat er mogelijk alleen mensen met lichte burnout-klachten hebben deelgenomen. Voor het resultaat van dit onderzoek zal dit verder geen gevolgen hebben.

Tot slot zou er dieper op de stof ingegaan moeten worden. Hierbij moet gedacht worden aan het onderzoeken wat de werkzame factor in de verschillende onderzoeken en interventies is, om vanuit deze 'kern' de link naar de PMT te leggen. Toch is middels dit onderzoek een duidelijk beeld geschetst welke onderzoeken effectief zijn en op welke manier PMT ingezet kan worden ter preventie van burnout-klachten.

CONCLUSIE

In de behandeling van burnout zijn er verschillende benaderingen. In het onderzoek van Awa et al. (2010) wordt de volgende verdeling gemaakt:

1. Persoonsgerichte interventies
2. Organisatiegerichte interventies
3. Een combinatie van beide

Persoonsgerichte interventies blijken positiever geëvalueerd te zijn ten opzichte van organisatiegerichte interventies, zowel in dit onderzoek, als in andere onderzoeken (Marine, Ruotsalainen, Serra, & Verbeek, 2006; Van Wyk & Pillay-van Wyk, 2010).

Dit sluit aan bij psychomotorische therapie. PMT is vooral gericht op het individu, al dan niet in groepsverband. Interventies op organisatorisch gebied zijn minder toegankelijk binnen de PMT. Een combinatie van beide (persoonsgericht en organisatiegericht) zou echter wel een mogelijk ingang kunnen zijn voor de PMT. Burnout is namelijk een interactief proces tussen het individu (de medewerker) en de werkomgeving (organisatie). Beiden moeten derhalve ingesteld worden op het verminderen van burnout (Lambie, 2006).

Met name persoonsgerichte interventieprogramma's waarin relaxatie, op verschillende manieren, wordt ingezet, zijn positief geëvalueerd. Daarnaast hebben cognitief gedragsmatige aanpakken, zoals assertiviteits- en communicatietrainingen, een positieve bijdrage in het voorkómen van burnout-klachten (Jonckheer, et al., 2011).

Omdat relaxatie meerdere keren terugkomt in de resultaten, vergt dit enige toelichting. Relaxatie is effectief gebleken in het tegengaan van spanningsklachten. Aangezien burnout-klachten ontstaan als gevolg van langdurige stress en spanning, vallen burnout-klachten onder dezelfde categorie. Maar wat maakt dat relaxatie een helende werking heeft ten aanzien van deze spanningsklachten?

In het onderzoek van Schaap et al. komt dit naar voren (1995). Daar wordt gesteld dat stress-managementtraining in de vorm van relaxatie, meditatie hypnose, biofeedback en cognitieve therapie in enige mate effectief blijkt. Het effectieve van relaxatie is onder meer het afleiden van de aandacht en het gevoel van controle weer te hebben. Dit naast dat het fysieke spanningsniveau in het lichaam verlaagd wordt door relaxatie. Een interventieprogramma middels relaxatie bleek zelfs in gelijke mate effectief te zijn als een interventieprogramma waarbij cognitieve therapie centraal stond. Relaxatie heeft ook overeenkomsten met de PMT. Relaxatie is één van de 7 PMT-thema's (Fellinger, 2008). Een verdere toelichting is te lezen in bijlage II.

Autogene training is echter een uitzondering binnen relaxatie, zoals te zien is in de resultaten. In het onderzoek van Kanji et al. (2006) blijkt autogene training geen toegevoegde waarde te hebben in het doen afnemen van burnout-klachten volgens de MBI. In het onderzoek kwam echter wel naar voren dat autogene training op korte termijn effecten heeft op het doen afnemen van angst en angstgerelateerde symptomen, zoals hoge bloeddruk. Hoge bloeddruk, ofwel hypertensie, is tevens één van de fysieke kenmerken van langdurige stress, zoals in het theoretisch kader omschreven.

Dat PMT overeenkomsten heeft met de huidige interventieprogramma's, komt ook naar voren in het onderzoek van Maslach en Goldberg (1998). Hierin wordt omschreven dat het

aanpakken van stressoren op de werkvloer wordt aangeduid als primaire preventie (ofwel organisatiegerichte interventies). Het ontwikkelen van succesvolle coping bij het individu om stress te verminderen wordt secundaire preventie genoemd en het verminderen van de reeds aanwezige klachten, dus het behandelen ervan, wordt tertiaire preventie genoemd. Zowel de secundaire preventie als de tertiaire preventie biedt mogelijkheden voor de PMT.

In hetzelfde onderzoek worden zes preventiestrategieën genoemd:

- Verandering van werkpatronen
- Het ontwikkelen van preventieve copingvaardigheden
- Gebruik maken van sociale hulpbronnen
- Ontwikkelen van een ontspannen levenswijze
- Verbetering van gezondheid
- Zelfonderzoek

Met name het 'ontwikkelen van een ontspannen levenswijze' lijkt grote invloed te hebben op de mate van burnout-klachten. Hoewel in bijlage II de 7 PMT-thema's worden omschreven, volgt hier een korte uitleg hoe een aantal van deze preventiestrategieën binnen PMT kunnen worden toegepast:

- Voor de preventiestrategie '*Gebruik maken van sociale hulpbronnen*' kan binnen de PMT het thema 'Motorische Sociale Sensibiliteit' ingezet worden. Subthema's als 'Nee leren zeggen' en 'Hulp leren vragen' komen in dit thema aan bod.
- De preventiestrategie '*Ontwikkelen van een ontspannen levenswijze*' toont, zoals ook omschreven in bijlage II, veel overeenkomsten met het PMT-thema 'Relaxatie'.
- De laatstgenoemde strategie '*Zelfonderzoek*' past verrassend ook bij het thema 'Relaxatie'. In het onderzoek waarin deze strategieën naar voren komen (Maslach & Goldberg, 1998) komt naar voren dat de individuen ontdekken wie ze zijn en wat hun behoeften op het gebied van inspanning en ontspanning zijn. De personen leren welke spanning, maar ook ontspanning ze nodig hebben om goed te kunnen functioneren.

Daarnaast kunnen ook andere PMT-thema's terug komen.

Bijvoorbeeld in een onderzoek onder 59 Russische leerkrachten sluiten de interventies naadloos aan bij eventuele doelstellingen voor binnen de PMT. In het onderzoek werden disfunctionele overtuigingen, zoals 'Ik mag niet falen' en 'Ik moet alles weten', cognitief geherstructureerd. Daarnaast werden de leerkrachten gestimuleerd om hulp te vragen bij collegae (Żolnierczyk-Zreda, 2005).

Hierin zijn twee verschillende thema's zichtbaar die binnen de PMT duidelijk naar voren kunnen komen. Het PMT-thema 'Vertrouwen' komt in dit voorbeeld naar voren, omdat de genoemde disfunctionele en perfectionistische overtuigingen getuigen van onzekerheid over het eigen functioneren, zoals in bijlage II verder toegelicht. Binnen de PMT kan samen gekeken worden of deze overtuigingen wel reëel zijn en of ze dit wel van henzelf mogen verwachten. Het thema 'M.S.S.' is zichtbaar in dat de leerkrachten geleerd wordt om hulp te vragen bij andere collegae.

In ditzelfde onderzoek is te zien dat de somatische klachten zichtbaar afnemen, parallel aan de afname van de scores op de drie subschalen van burnout: 'EU', 'DP' en 'EC'.

Genoemde preventieve interventies worden bevestigd door de module die vanuit de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) is ontwikkeld. De NVPMT stuurt werkveldgroepen aan die modules kunnen ontwikkelen voor verschillende doelgroepen. Zo is ook de module 'Psychomotorische training bij burnout' geschreven (Van

Beurden, et al., 2004). Deze module heeft als doel om mensen, die gedeeltelijk of geheel arbeidsongeschikt zijn geraakt door burnout-klachten, te behandelen. Het streven is om, middels de behandeling volgens deze module, de deelnemers terug te laten keren naar het arbeidsproces.

De doelen voor de cliënten binnen deze psychomotorische training zijn:

- Stressvolle situaties op basis van lichaamssignalen herkennen en ermee omgaan
- Omgaan met spanningsklachten
- Inzicht verkrijgen in factoren die leiden tot overmatige stress
- Experimenteren met copingstrategieën om om te leren gaan met stress
- Evenwicht creëren tussen draaglast en draagkracht
- Een bewegingsactiviteit starten of continueren
- Sociale contacten herstellen

Hierbij wordt gebruik gemaakt van vijf fases. In de module wordt hierbij verwezen naar het boek “Omgaan met burnout” (Karsten, 2003). In dit boek worden de fases als volgt omschreven:

1. Fysiek herstel, *in deze fase staat het herkennen van lichaamssignalen en het aanleren van ontspanningsoefeningen centraal.*
2. Activatie, *het fysiek actiever worden komt in deze fase meer naar voren.*
3. Cognitieve training, *er wordt gekeken naar wat stressgevendende factoren zijn en bijpassende copingstrategieën worden aangeleerd.*
4. Re-integratie, *met instandhouding van de voorgaande fase, wordt er contact gemaakt met de werkplek. Samen met de therapeut wordt gekeken wat de medewerker op dat moment aan kan.*
5. Terugvalpreventie, *er wordt gekeken naar de kwaliteiten en valkuilen van de medewerker en wat hij kan doen om stress te verminderen.*

Gedurende de gehele training, zoals in de module omschreven, blijft het thema ‘lichaamssignalen’ in de verschillende fases terugkomen. Herkennen van lichaamssignalen en vervolgens je persoonlijke grenzen aangeven om zo, met het geleerde in de cognitieve training, weer terug te keren naar de werkvloer, is de rode draad door de module heen.

Een vergelijkbare fasering komt ook voor in het behandelprotocol zoals deze is beschreven in het boek “Behandelingsstrategieën bij burnout” (Schaap, Keijsers, Vossen, Boelaars, & Hoogduin, 2001). In dit behandelprotocol wordt eveneens eerst ingezet op het reduceren van de klachten. Bij de klachtenreductie staat, net als bij de PMT-module, het herkennen van lichaamssignalen door middel van ontspanningsoefeningen en het langzaam opbouwen van fysieke inspanning centraal. Vervolgens worden de deelnemers getraind op persoonlijk en cognitief gebied door middel van therapie, waarna er weer gewerkt wordt richting het arbeidsproces.

Roberts (1997) beschrijft hetzelfde, maar heeft het dan over een eerder stadium; nog vóór de behandeling. Medewerkers vinden het erg moeilijk om het proces van meer ‘burned-out’ raken te herkennen. De signalen worden niet serieus genomen en naarmate deze klachten toenemen, neemt ook de weerstand tegen het erkennen van de klachten toe. Een objectieve inventarisatie kan een medewerker de klachten doen erkennen, mits de cultuur in de organisatie niet afkeurend staat tegenover dergelijke klachten. Het herkennen van deze lichaamssignalen is essentieel in het voorkomen van erger. Daarom is het belangrijk dat er op het gebied van lichaamsbeleving interventies worden ingezet. Zoals in bijlage II bij lichaamsbeleving staat uitgelegd, kan PMT hierin een bijdrage leveren. Vanuit het beleven

van het eigen lichaam ontstaat er ruimte voor het herkennen en erkennen van lichaamssignalen. Binnen het thema lichaamsbeleving is ook ruimte om op cognitief gebied te leren wat de lichaamssignalen kunnen betekenen. In een rapport van het Belgische Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), blijkt namelijk dat ‘verwerving van een cognitief begrip op de rol van stress’ een positieve bijdrage levert in het voorkomen van burnout-klachten (Jonckheer, et al., 2011).

Uit het onderzoek van Rowe (1999) blijkt dat wanneer er na de interventieperiode opfrissingscursussen werden gegeven, de interventies langduriger effect hebben op met name ‘EU’. Tot wel twee jaar na de 6 weken durende interventieperiode, blijken de effecten zichtbaar.

Samenvattend en concluderend:

Ja, psychomotorische therapie kan wel degelijk een bijdrage leveren in het voorkomen van een burnout. PMT blijkt een goede ingang te zijn om allereerst de signalen te herkennen en deze te erkennen. Daarnaast blijkt vanuit de literatuur dat relaxatie een werkzaam middel is om ergere klachten te voorkomen.

Over bewegingsgerichte interventies kan geen uitspraak gedaan worden, omdat deze binnen dit onderzoek niet naar voren zijn gekomen. De verwachting is dat PMT ook hierin een bijdrage kan leveren in het voorkomen van burnout-klachten op dezelfde manier zoals burnout-klachten reeds worden behandeld vanuit de PMT-module.

AANBEVELINGEN

Er zal praktijkonderzoek uitgevoerd moeten worden om vanuit deze resultaten te zien wat de functie van preventieve PMT is. Zoals omschreven in dit onderzoek, zal PMT een bijdrage kunnen leveren, hoe groot deze bijdrage is, moet worden onderzocht. Vanuit de praktijk kunnen wetenschappelijke resultaten dit onderzoek vervolgens bevestigen.

Zoals genoemd in de conclusie, hebben zoekacties binnen dit onderzoek geen resultaten opgeleverd waarin bewegingsgerichte interventies worden gebruikt om burnout-klachten te voorkomen of verminderen. Aanvullend onderzoek is nodig om verder te onderzoeken wat hierin reeds is onderzocht en wat dit voor aansluiting bij de PMT heeft.

Om burnout-klachten te voorkomen, is het nodig dat PMT niet alleen gericht is op het individu. Zoals Maslach en Goldberg in hun conclusie schrijven, is het belangrijk en meest effectief wanneer preventie wordt ingezet op een combinatie tussen het individu en de organisatie (1998). Geadviseerd wordt om het breder in de organisatie op te zetten. Dit zal het effect van het verijdelen van burnout-klachten vergroten.

Zoals in de discussie genoemd, melden over het algemeen een select deel van de mogelijk populatie zich aan voor een dergelijk onderzoek. Er moet bij het opzetten van een praktijkonderzoek dus extra aandacht aan de onderzoekspopulatie geschonken worden.

Vanuit het onderzoek van Toker en Biron (2010) blijkt dat er veel overeenkomsten zijn tussen burnout en depressie. Het is daarom zinvol om te onderzoeken of preventieve interventies, zoals deze omschreven zijn voor burnout-klachten, ook werking hebben teneinde depressies te voorkomen.

Als PMT wordt ingezet ter preventie van burnout-klachten, is het raadzaam om, na de interventieperiode, herhaaldelijk opfrissingscursussen in te plannen. In deze momenten komen essentiële punten van het preventieprogramma weer naar voren, wat ervoor zorgt dat de effecten langer doorwerken (Awa, et al., 2010).

LITERATUURLIJST

- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184-190.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bakker, A., Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (2000). Burnout: Prevalentie, risicogroepen en risicofactoren. In I. D. Houtman, W. B. Schaufeli, & T. Taris (red.), *Psychische vermoeidheid en werk* (pp. 65-82). Alphen a/d Rijn: Samsom.
- Bierings, H., & Mol, M. (2012). Burn-out: de rol van werk en zorg. *Sociaaleconomische trends*, 4e kwartaal, 26-35.
- Donk, A. (2001). Secundaire traumatisering: preventie van een beroepsziekte. *Psychopraxis*, 03, 165-168.
- Fellinger, P. R. (2008, 22 september). Bewegingsthema's (PMT-thema's) een toelichting. Zwolle, Overijssel, Nederland.
- Gorter, R. C., Eijkman, M. A., & Hoogstraten, J. (2001). A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Education and Counseling*, 43, 23-30.
- Groenestijn, E., Buunk, A. P., & Schaufeli, W. B. (1992). Het besmettingsgevaar bij burnout: De rol van sociale vergelijkingsprocessen. In R. W. Meertens, A. P. Buunk, P. A. van Lange, & B. Verplanken (Red.), *Sociale psychologie en beïnvloeding van intermenselijke en gezondheidsproblemen (Toegepaste Sociale Psychologie VI)* (pp. 88-103). 's Gravenhage: VUGA.
- Hoogduin, C. A., Schaufeli, W. B., Schaap, C. P., & Bakker, A. B. (2001). *Behandelstrategieën bij burnout*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hupkens, C. (2005). *Burn-out: de rol van psychische werkbelasting*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Jonckheer, P., Stordeur, S., Lebeer, G., Roland, M., De Schampheleire, J., De Troyer, M., . . . Kohn, L. (2011). *Burnout bij huisartsen: preventie en aanpak*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Kanji, E., White, A. R., & Ernst, E. (2006). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 53, 729-35.
- Karsten, C. (2003). *Omgaan met burnout*. Rijswijk: Uitgeverij Elmar.
- Koppes, L. L., De Vroome, E. M., Mars, G. M., Janssen, B. J., Van Zwieten, M. H., & Van den Bossche, S. N. (2013). *Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2012. Methodologie en globale resultaten*. Hoofddorp: TNO.
- Lambie, G. W. (2006). Burnout Prevention: A Humanistic Perspective and Structured Group Supervision Activity. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 45, 32-44.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., & Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD002892.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113.
- Mols, F., & Denollet, J. (2010). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:9.
- Roberts, G. A. (1997). Prevention of Burn-out. *Advances in Psychiatric Treatment*, 3, 282-289.
- Rowe, M. M. (1999). Teaching health-care providers coping: results of a two year study. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 22, No. 5, 511-527.
- Schaap, C. P., Keijsers, G. P., Vossen, C. J., Boelaars, V. A., & Hoogduin, C. A. (2001). Behandeling van burnout. In C. A. Hoogduin (red.), W. B. Schaufeli, C. P. Schaap, & A. B. Bakker, *Behandelingsstrategieën bij burnout* (pp. 62-81). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schaap, C., Schaufeli, W. B., & Hoogduin, K. (1995). Diagnostiek en behandeling van chronische werkstress en burnout. *Directieve Therapie*, 15, 107-115.
- Schaufeli, W. B. (1990). Burnout: Een overzicht van empirisch onderzoek. *Gedrag & Organisatie*, 3, 3-31.
- Schaufeli, W. B. (1995). The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *Journal of Health and Human Services Administration*, 18, 11-31.

- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, Vol. 14, No. 3, 204-220.
- Swider, B. W., & Zimmermann, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506.
- Taris, T., Houtman, I., & Schaufeli, W. B. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, (29) 3, 241-257.
- TNO. (2011). *NEA 2010, Vinger aan de pols van werken Nederland*. Hoofddorp: TNO.
- Toker, S., & Biron, M. (2010). Job Burnout and Depression: Unravelling the Constructs' Temporal Relationship and Considering the Role of Physical Activity. *Journal of Applied Psychology*, Vol 97(3), 699-710.
- Van Beurden, L. H., Van der Meijden, E. O., Mulder, E. M., Van den Munckhof, P. H., & Zopfi, H. M. (2004). *Psychomotorische training bij burnout*. Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie.
- Van Dierendonck, D., & Schaufeli, W. B. (1993). Burnout en organisatiebetrokkenheid bij leerling-verpleegkundigen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg & Samenleing*, 71, 339-344.
- Van Rhenen, W., Blonk, R. W., Van der Klink, J. J., Van Dijk, F. J., & Schaufeli, W. B. (2005). The effect of a cognitive and a physical stress-reducing programme on psychological complaints. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 139-148.
- Van Wyk, B. E., & Pillay-van Wyk, V. (2010). Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003541.
- Żołnierczyk-Zreda, D. (2005). An Intervention to Reduce Work-Related Burnout in Teachers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, Vol. 11, No. 4, 423-430.

20

BIJLAGE I – SAMENVATTING VAN GEBRUIKTE LITERATUUR

Bron	Samenvatting
Awa et al. (2010)	Overzichtstudie waarin meerdere interventies zijn onderzocht en de effectiviteit hiervan. Onderverdeeld in persoonsgerichte interventies, organisatiegerichte interventies en een combinatie van beide.
Bakker et al. (2000)	Onderzoek onder huisartsen en de gevolgen van gebrek aan onderlinge interactie.
Donk (2001)	Onderzoek onder hulpverleners en de rol van coping-mechanismen en het aangeven van grenzen.
Gorter et al. (2011)	Praktijkonderzoek onder tandartsen waarin gedurende 6 maanden naar het herstel van persoonlijke balans werd gewerkt.
Jonckheer et al. (2011)	Onderzoeksrapport voor huisartsen waarin een weergave is van persoonlijkheidskenmerken en verschillende onderzoeken nader bekeken. Gekeken is naar de effectiviteit van verschillende interventies.
Kanji et al. (2006)	Effect van autogene training op het doen afnemen van stress en burnout-klachten.
Marine et al. (2006)	Onderzoek naar het voorkomen van psychologische stress onder medewerkers in de gezondheidszorg. Onder meer relaxatie en andere persoonsgerichte interventies blijken effectief te zijn.
Maslach et al. (1998)	In dit onderzoek worden 2 nieuwe voorstellen gedaan om burnout te benaderen. Verschillende preventiestrategieën worden voorgesteld en kunnen aansluiten bij de PMT.
Mols et al. (2010)	Invloed van Type D persoonlijkheid op de gezondheidstoestand en werkgerelateerde problemen.
Roberts (1997)	Artikel waarin het belang van het herkennen van burnout wordt beschreven, alsmede het belang van de positie en de houding van de werkomgeving.

Rowe (1999)	Onderzoek waarbij coping werd ingezet om burnout-klachten te verminderen. Daarnaast is het belang van opfrissingscursussen beschreven.
Schaap et al. (2001)	Beschrijving van mogelijke behandelingsstrategieën om burnout te behandelen.
Schaap et al. (1995)	Behandelingsmodel waarin spanningsvermindering, cognitieve therapie e.d. centraal staat.
Schaufeli (1990)	Empirisch onderzoek naar burnout waarin o.a. persoonlijkheidskenmerken en mogelijke interventies worden beschreven.
Schaufeli (1995)	Onderzoek naar het effect van workshops met o.a. relaxatie en cognitieve training.
Swider et al. (2010)	Onderzoek waarin de correlatie wordt gevonden tussen persoonlijkheidskenmerken en burnout.
Taris et al. (2013)	Artikel waarin o.a. persoonlijkheidskenmerken worden gelinkt aan burnout.
Van Beurden et al. (2004)	PMT-module: Psychomotorische training bij burnout. PMT wordt ingezet om burnout te behandelen.
Van Dierendonck et al. (1993)	Onderzoek naar de rol van coping op burnout-klachten.
Van Rhenen et al. (2005)	Onderzoek naar het gebruik van relaxatie om burnout te verminderen.
Van Wyk et al. (2010)	Overzichtstudie waarin meerdere interventies zijn onderzocht en de effectiviteit hiervan.
Żołnierczyk-Zreda (2005)	Onderzoek naar het gebruik van relaxatie en cognitieve herstructurering om burnout te verminderen.



BIJLAGE II – DE 7 PMT-THEMA'S

Binnen de PMT zijn 7 hoofdthema's te onderscheiden als het gaat om een verdeling van het complete psychologische terrein. Vanuit iedere psychosociale problematiek kunnen hulpvragen of doelen worden geformuleerd binnen de volgende 7 thema's (Fellinger, 2008):

- *Motorische Instrumentele Sensibiliteit (M.I.S.):* Binnen dit thema staat de gevoeligheid van iemand centraal ten aanzien van het materiële. Het contact maken met materiaal komt binnen dit thema veel naar voren.
- *Motorische Sociale Sensibiliteit (M.S.S.):* In tegenstelling tot M.I.S. is dit thema gericht op de sociale context. De gevoeligheid van iemand ten aanzien van anderen om hem heen. Hierin komt contact maken met anderen, samenwerken, sociale grenzen en assertiviteit naar voren.
- *Ruimte:* Het innemen van ruimte kan een thema zijn om binnen de PMT mee aan de slag te gaan. Sommige mensen nemen (te) veel ruimte in, andere mensen durven juist geen ruimte in te nemen.
- *Kracht:* Met name bij agressiviteit kan kracht negatief beladen zijn. Het doseren, leveren en durven inzetten van kracht is iets wat in dit thema naar voren komt.
- *Lichaamsbeleving:* De beleving van het eigen lichaam staat centraal. Het herkennen, voelen, waarnemen en betekenis verlenen aan lichaamssignalen komt in dit thema aan de orde. Op het gebied van burnout-klachten kan hierin centraal staan dat het individu leert welke signalen het lichaam geeft en wat deze betekenen.
- *Vertrouwen:* Subdoelen als zelfvertrouwen, vertrouwen in de ander en vertrouwen in het materiaal komen hieruit voort. Vanuit het verleden kan vertrouwen geschaad zijn. Werken vanuit dit thema wordt dan gebruikt om dit vertrouwen weer op te bouwen.
- *Relaxatie:* Inmiddels is dit thema een paar keer aan de orde geweest in dit en voorgaande hoofdstukken. Het, in de conclusie genoemde, 'ontwikkelen van een ontspannen levenswijze' kan vanuit dit thema geleerd, geoefend en ervaren worden binnen de PMT. Ontspanning door middel van ontspanningstechnieken wordt vanuit de PMT veelal toegepast. Toch is hierbij ook te denken aan het controle hebben over spanning en ontspanning en de afwisseling hiertussen. Bij burnout-klachten zijn de klachten met name ontstaan doordat de inspanning te weinig is afgewisseld met ontspanning, als het gevolg van langdurige stress.

23