



© Eric Lambé

Emotionele uitputting, ontmenselijking van de relatie met de ander en een gevoel van professionele mislukking: dat zijn de drie elementen die samen het fameuze burn-outsyndroom vormen. Vraag is: hoe kun je daaruit geraken?

ENKELE DENKSPOREN

# Burn-out: professionele uitputting overwinnen

DOOR MICHEL DELBROUCK

In juni 2003 stond op fr.bio.medicine te lezen<sup>1</sup>: "Heel wat ziekenhuisassistenten – ongeacht hun specialisatie – zijn enorm ontgoocheld in hun werk en in het leven in het algemeen. Daar komen nog eens de onmenselijke werkdruk (consulten, wachtdiensten, ...), de strenge evaluaties, de slechte teamgeest, ... bij. Kortom, ze leven nog alleen voor hun job. Sommigen gaan te rade bij een psychiater of psycholoog, maar minder werkuren vragen, is absoluut uitgesloten. Dat zou immers een "schande" zijn voor het beroep. Velen zijn moe en "het" moe, en dat op een leeftijd waarop ze zouden moeten bruisen van energie. Velen zijn veel te vroeg opgebrand. Velen zijn verslaafd aan alcohol (jawel...), velen hebben op

jonge leeftijd al grijs haar (als ze nog haar hebben tenminste). Enz."

Alle ziekenhuisartsen en -personeel zijn onderworpen aan hetzelfde regime, ook al zijn de ingrediënten verschillend. En de situatie is nauwelijks rooskleuriger voor de huisartsen.

## BURN-OUT: EEN DRIELUIK

C. Maslach en S. Jackson<sup>2</sup> beschrijven het burn-outsyndroom als een drieluik.

### ► EMOTIONELE UITPUTTING

Emotionele uitputting is zowel fysiek als psychisch. De zorgverstrekkers voelt zich voortdurend leeg en vermoeid op het werk, en heeft het zo moeilijk om zich in te leven in andermans gevoelens dat de

omgang met sommige patiënten steeds moeilijker wordt. Die emotionele vermoeidheid vermindert weinig of niet door te rusten. Dat alles uit zich in zenuwcrissen, woedeaanvallen, concentratiestoornissen waarbij men vergeet te antwoorden op zelfs onschuldige vragen, en het onvermogen om ook maar de minste emotie te uiten. De medische traditie schrijft nu eenmaal impliciet voor dat artsen zich sterk moeten houden en zich niet kwetsbaar mogen opstellen. Vandaar dat ze hun gevoelens dreigen te onderdrukken en te compenseren door controlegedrag. Emotionele uitputting kan zich dan ook uiten in onverschilligheid en afstand tegenover de patiënt. Die toestand wordt in de



**Michel Delbrouck** is arts, voorzitter van de Belgische Balint Vereniging en auteur van het boek "Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel", 2003, De Boeck Universiteit.

michel.delbrouck@ifts.be



© Eric Lambé

50 % van de artsen zou zich in het eerste stadium bevinden (emotionele uitputting), 16 % in het tweede stadium (onverschilligheid tegenover hun patiënten), 2 % in het derde stadium (gevoel van professionele mislukking).

Amerikaanse literatuur beschreven als het "John Wayne Syndrom". De zorgverstrekkers worden, net als de beroemde acteur in zijn cowboyrollen, een koele kikker die alle problemen ontkent.

### ONTMENSELIJING VAN DE RELATIE MET DE ANDER

Is het rechtstreekse gevolg van het eerste luik: "Ik word overspoeld door emoties, dus stop ik ze in de koelkast!". Het gaat hier om de harde kern van het syndroom, met als kenmerken: apathie en relationele ongevoeligheid die veel wegheeft van cynisme. De patiënt wordt beschouwd als een object, een geval, een nummer. De zorgverlener neemt te pas en ten onpas zijn toevlucht tot wrange, zwarte humor of verschuilt zich achter de wetenschappelijke beschrijving van een ziek lichaam waarbij hij de patiënt niet langer ziet als mens. Een kernpunt bij de diagnose is uiteraard de veranderde houding van de zorgverstrekkers. In het begin van zijn loopbaan was hij nog supergemotiveerd en empathisch, maar geleidelijk verliest hij zijn menselijkheid. Die transformatie is niet altijd gemakkelijk op te sporen, want ze nestelt zich geniepig in zijn psyche, en vaak is hij er zich zelfs niet van bewust.

### GEVOEL VAN PROFESSIONELE MISLUKKING

Gevolg van de twee andere luiken: de zorgverstrekkers voelen zich pijnlijk mislukt. Hij loopt gefrustreerd rond, vindt dat hij geen goed werk meer levert of vindt geen zin meer in zijn beroep. Dit gevoel van mislukking doet hem twifelen aan zichzelf en aan zijn relationele capaciteiten, waardoor hij gedemotiveerd raakt, zichzelf waardeloos vindt en schuldgevoelens krijgt.

De gevolgen daarvan kunnen uiteenlopen: al dan niet gemotiveerd werkverzuim, wegluchten van

het werk, plannen om van beroep te veranderen, ... Artsen reageren echter meestal met hyperactivisme: ze kloppen nog meer uren dan anders, maar werken minder doeltreffend en rendabel.

Het burn-outsyndroom heeft dan ook drie dimensies en is een reactie op chronische en herhaalde emotionele stress. 50 % van de artsen zou zich in het eerste stadium bevinden (emotionele uitputting), 16 % in het tweede stadium (onverschilligheid tegenover hun patiënten), 2 % in het derde stadium (gevoel van professionele mislukking). Gelukkig zou slechts een klein percentage van alle zorgverstrekkers het volledige burn-outsyndroom vertonen.

### HOE ONTWIKKELT HET BURN-OUTSYNDROOM ZICH?

De klassieke fasen van het burn-outsyndroom zijn de volgende. Aanvankelijk is de arts één en al idealisme, waarna hij zich overmatig begint te identificeren met zijn patiënten. Hij verspilt veel te veel energie en werkt ondoeltreffend. Vervolgens treedt een stagnatie op en raakt hij misnoegd, ongeconcentreerd en prikkelbaar. Ten slotte steken ook frustratie en apathie de kop op. Hij stelt zich vragen bij de resultaten en de zin

van zijn werk, en bij zijn eigen waardesysteem. Hij werkt nog zo weinig mogelijk, gaat zijn patiënten uit de weg en vermijdt conflicten. Hij probeert zichzelf tegen alles en iedereen te beschermen.

### WELKE FACTOREN VEROORZAKEN HET SPECIFIEKE BURN-OUTSYNDROOM BIJ ZORGVERSTREKKERS?

Er zijn vier mogelijke valkuilen die het specifieke burn-outsyndroom bij zorgverstrekkers zouden kunnen verklaren.

### DE TALLOZE TRAUMA'S BIJ HUN PATIËNTEN EN DE IMPACT ERVAN

De meeste zorgverstrekkers worden dag na dag geconfronteerd met de verborgen en donkere kanten van de menselijke ziel. Soms krijgen ze te maken met weinig of niet gestructureerde persoonlijkheden. Deze patiënten zitten met heel wat vragen en noden, en kampen met diverse problemen. Daardoor probeert de zorgverlener een fysiek en psychisch evenwicht te vinden dat afgestemd is op die "problematieken". Hij wordt, vaak ongewild, bestookt met een hele reeks metafysische, ethische, morele, psychologische en emotionele vragen die hij niet "op zijn bord" had gekregen als hij een ander beroep had gekozen.

Bovendien gaat de problematiek van dood<sup>3</sup>, ziekte, lijden, onrecht, ongelijkheid, verdrongen en verboden impulsen (incest, verkrachting, zelfdoding, moord, perversie, seksualiteit, abortus, genetische afwijkingen en manipulatie, passieve of actieve euthanasie, drugverslaving, ...) steeds zwaarder wegen. Al die emotionele microtrauma's vreten aan hem, vooral als hij zijn verhaal niet kwijt kan bij collega's.

### HET SPECIFIEKE KARAKTER VAN HET BEROEP VAN ZORGVERSTREKKER

De gezondheidsprofessional blijft op een dubbele manier betrokken: enerzijds bij het leed van de ander, anderzijds, via projectieve identificatie<sup>4</sup>, bij zijn eigen angsten en twijfels. "Wat als ik nu eens dezelfde ziekte heb en sterf, wat als mijn

<sup>1</sup> Fr.bio.medicine, Les internes: de la dépression au suicide, 11 juni 2003.

<sup>2</sup> Maslach C. & Jackson S.E., "Burnout in health professions: a social psychological analysis", London, 1982, In Social Psychology of Health and Illness (Edited by Sanders G.S. and Suls J.), Laurence Erlbaum Associates.

<sup>3</sup> Ik verwijs hier naar Delbrouck M. (uitg.), ibidem, op. cit., en naar de artikelen van dr. Lebrun en dr. De Caebel, die deze kwesties van leven en dood behandelen in hoofdstuk III, I, pagina 128 & 138.

<sup>4</sup> Projectieve identificatie is een verdedigingsmechanisme waarbij een

affect of een gedrag onbewust geïdentificeerd wordt en altijd onbewust geprojecteerd wordt op de ander, door die ander zodanig te manipuleren dat hij dat gedrag overneemt, waardoor de beginstelling van de persoon in kwestie bevestigd wordt.

<sup>5</sup> Transfer: het geheel van onbewuste reacties die de patiënt ontwikkelt tegenover zijn zorgverstrekkers. Cf. details hoofdstuk I, III, syndromen die verband houden met burn-out, pagina 22.

<sup>6</sup> Michael Balint noemt dit de apostolische functie van de zorgverstrekkers.

partner, kinderen of ouders hetzelfde zou overkomen?"). Het artsberoep vereist nu eenmaal een grote beschikbaarheid en tolerantie. De diverse vragen en eisen waarmee artsen te maken krijgen, eisen uiteindelijk een heel zware tol. Naast de verborgen vragen zijn er ook de van bij het begin expliciete vragen die zich in de loop van de therapeutische relatie omvormen tot een ondraaglijke last. Dat gebeurt via het zogenaamde transfermechanisme<sup>5</sup>.

### DE KEUZE VAN HET BEROEP VAN ZORGVERSTREKKER

Ook de keuze zelf van het beroep is een mogelijke valkuil of kwetsbaarheidsfactor. De kandidaat-zorgverstrekkers is vaak al vrij jong geconfronteerd met ziekte en de behandeling ervan. Zijn persoonlijkheid en zijn professionele keuzes zijn dus een tweesnijdend zwaard. Enerzijds zijn ze een mogelijke zwakte die hem overgevoelig maakt voor die problemen bij anderen, anderzijds zijn ze ook een sterkte, want hij is veel meer begaan met die vragen dan zijn collega's, omdat hij er een antwoord wil op vinden. De meeste zorgverstrekkers hebben een rijke en warme persoonlijkheid, en zetten zich met hart en ziel in voor hun patiënten. Meestal investeren ze echter te veel in hun beroep<sup>6</sup> en beheren ze hun tijd en geld slecht. Ze cijferen zichzelf weg voor hun patiënten, vaak ten koste van zichzelf en hun familie en vrienden. *"Mijn fysiek en psychisch lijden of dat van mijn geliefden proberen weg te nemen, kan een levenslange opdracht zijn. Waarom niet, zolang ik mezelf maar niet wijsmaak dat ik de wereld kan redden en daardoor uiteindelijk volledig opgebrand raak."*

### HET FYSIEKE EN PSYCHOAFFECTIEVE ISOLEMENT VAN DE ZORGVERSTREKKER

Door zijn maatschappelijke positie en de specifieke band met zijn patiënt zit de zorgverstrekkers in een bijzondere situatie waarbij hij tegelijk bevoorrecht is én gebonden aan het medisch geheim. Er wordt van hem verwacht dat hij de vertrouwelijke informatie van zijn patiënten met niemand anders deelt. In sommige

gevallen begint die last emotioneel zwaar door te wegen, ook al kan hij daarvoor terecht bij speciale groepen en forums. De patiënt projecteert bewust, maar nog vaker onbewust gevoelens van almacht op hem, van macht over leven en dood, waardoor hij nog meer geïsoleerd raakt. Nederigheid blijft daartegen de enige remedie. Hij wordt zodanig overstelpt met het leed van anderen dat dit een afstand schept<sup>7</sup>, waardoor hij met zijn patiënten alleen nog een louter professionele relatie kan aangaan.

Zijn fysieke en psychoaffectieve isolement en zijn loodzware verantwoordelijkheid blijven stressfactoren. Vandaag zijn er wel heel wat initiatieven om daar iets aan te doen (groepen voor permanente vorming of evaluatie van de medische praktijk, supervisiegroepen die klinische gevallen bestuderen, Balint-groepen).

### ENKELE DENKSPOREN

Ieder mens worstelt met existentiële vragen en zoekt naar zin in zijn confrontatie met absurditeit, vergankelijkheid, eenzaamheid en onvolmaaktheid. Ook de arts krijgt daar dus per definitie mee te maken in zijn dagelijkse praktijk. Aanvaarden dat alles eindig is, zou voor hem een remedie kunnen zijn tegen burn-out die hem tegelijk zou bevrijden van de maatschappelijke druk om alle ziekten te genezen en dus in zekere zin oppermachtig te zijn. Burn-out overwinnen, vereist een "herstructurering van het innerlijke bedrijf". Het gaat hier om een proces met een introspectieve, filosofische, mythische, politieke, ethische en groepsdimensie. Dat vereist niet alleen dat de arts veranderingen doorvoert in zijn dagelijkse praktijk, maar ook in zijn innerlijke leven en zijn relatie met de buitenwereld. Hij moet op drie fronten actie voeren: op individueel niveau (psychiatrische of psychoanalytische benadering, falen, trauma, ...), op systeemniveau (systemische, sociologische en omgevingsaanpak, stressfactoren) en op het niveau van zijn beroepsideaal (zijn schuldgevoelens van zich afgooien, aan zijn persoonlijkheid werken, "hardiness personality", ...). Volgens P. Janne, C. Reynaert<sup>8</sup>, Y. Libert,

& all., "verwachten zorgverstrekkers die met burn-out kampen te veel van hun beroep. Ze willen er zelfvoldoening, erkenning en zelfs liefde uit halen, maar lopen daardoor een hoog risico om opgebrand te raken. 'Burn-in' is dé voedingsbodem voor 'burn-out'."

Dr. J.P. Lebrun<sup>9</sup> verwoordt het als volgt: *"De arts ervaart onmogelijkheid als onmacht. Daardoor is hij niet in staat om stil te staan bij de impasse waarin hij zich bevindt, want hij zit vast in een grenzeloze logica. En als hij de dingen opnieuw wil afgrenzen, moet hij paradoxaal genoeg zélf die grenzen bepalen, met andere woorden: bereid zijn om die logica te overstijgen. Artsen hebben schrik voor praatgroepen omdat die hen confronteren met hun verborgen en onbewuste leed... Echte communicatie kan hen met andere woorden hun beperkingen doen beseffen en het onmogelijke onder ogen doen zien."*

Uit diverse recente gerandomiseerde studies in verschillende landen blijkt dat praatgroepen zoals de Balint-groepen ervoor zorgen dat minder artsen afhaken. In de NEXT-studie<sup>10</sup> verklaart slechts 15,1 % van de zorgverstrekkers in groep te kunnen spreken over psychologische vragen met een deskundige. 48,9 % is daar echter niet toe in staat<sup>11</sup>, ook al zouden ze het wel willen.

Tot besluit kunnen we stellen dat er drie denksporen zijn die een aanzet kunnen vormen om de burn-outproblematiek aan te pakken: 1) een conflictueel innerlijk evenwicht vinden dat niet beperkt is tot zelfoverstijging, 2) ruimte laten voor en zin geven aan emoties in plaats van zich te beperken tot het cognitieve, 3) komaf maken met de gevaarlijke westerse illusie dat we de dood kunnen overstijgen of overwinnen.



Canoui P. & Maurange A., Le syndrome d'épuisement professionnel. De l'analyse du burn-out aux réponses, Paris, 1998, 2001, Masson.

Delbrouck M. (éd.), Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Bruxelles, 2003, De Boeck Université.

Lebrun J.-P., De la maladie médicale, Bruxelles, 1993, De Boeck Université.

Next : Nurses early exit study, in "Inquiry into the causes of Premature Withdrawal from Health-Care Work".

Salathe N.K., Psychothérapie Existentielle, une perspective gestaltiste, Paris, 1992, Amers.

Winckler M., La maladie de Sachs, Paris, 1998, P.O.L. éd.

<sup>7</sup> De fameuze therapeutische afstand waardoor hij zijn patiënt op een gewetensvolle, deskundige en intelligente manier kan behandelen, zonder te vervallen in empathie, of liever: sympathie, waardoor hij zijn doel voorbijschiet.

<sup>8</sup> Janne P., Reynaert C., Libert Y. & all., in Delbrouck M. (uitg.), *ibidem*, op. cit.

<sup>9</sup> Lebrun J.-P., *De la maladie médicale*, Bruxelles, 1993, De Boeck Université.

<sup>10</sup> NEXT: Nurses early exit study, in "Inquiry into the causes of Premature

Withdrawal from Health-Care Work". De NEXT-studie wil nagaan welke factoren ertoe kunnen leiden dat zorgverstrekkers vroegtijdig afhaken.

<sup>11</sup> NEXT, *ibidem*: Wanneer de psycholoog niet zelf begeleiding kreeg, leidde dit vaak tot

mislukkingen. Zorgverstrekkers die geen georganiseerde ondersteuning krijgen, hebben een zeer grote behoefte aan een psycholoog of psychiater. Slechts 41 % van de zorgverleners kunnen in hun dienst organisatorische problemen grondig bespreken.