

Er wordt van alles en nog wat over burn-out beweerd. Maar wat klopt er nu wel en wat klopt er niet? Wat zijn de feiten en wat is fictie? Dit artikel van Wilmar Schaufeli komt voort uit twee gemoedstoestanden: irritatie over allerlei uitspraken over burn-out waar geen wetenschappelijke evidentie voor is en verbazing over het feit dat de wetenschap geen afdoende antwoord heeft op simpele, voor de hand liggende vragen. ‘Veel onderzoek en weinig antwoorden, dat zou men de paradox van het onderzoek naar burn-out kunnen noemen.’

FEITEN EN FICTIE

BURN-OUT

Het is geen sinecure om in kort bestek het kaf van het koren te scheiden over burn-out. Volgens *Google Scholar* zijn er meer dan 94.000 publicaties over burn-out geschreven. *PsyINFO* komt uit op ruim 11.000 tijdschriftartikelen. Er is dus ruim acht keer zoveel over burn-out gepubliceerd wanneer ook boeken, rapporten en niet-Engelstalige publicaties worden meegeteld (*Google Scholar*), vergeleken met *peer-reviewed* Engelstalige tijdschriften (*PsyINFO*). Geen wonder dat er zoveel mythes rondom burn-out bestaan.

Zo'n overstelpende hoeveelheid publicaties noopt tot het hanteren van een brede kwast in plaats van een penseel. Daarbij hanteer ik het perspectief van de professional en de geïnteresseerde leek in plaats van dat van de wetenschapper. Dat betekent ook dat ik niet uitbundig zal citeren maar me beperk tot de belangrijkste bronnen. Het is dus niet de bedoeling om 'alles' wat er in de wetenschap over burn-out bekend is in dit artikel samen te vatten. Dat zou ook onmogelijk zijn. In plaats daarvan zal ik een aantal voor de hand liggende vragen proberen te beantwoorden zoals journalisten die doorgaans aan mij stellen.

Deze vragen kunnen in vijf groepen onderverdeeld worden, die betrekking hebben op het concept burn-out (1-2), de historische en maatschappelijke achtergrond (3-4), epidemiologie (5-6), diagnostiek (7-9), persoon en lichaam (10-11) en interventies (12-13).

1. WAT IS BURN-OUT?

Er zijn veel verhandelingen geschreven over wat burn-out is en meestal wordt er geconstateerd dat de geleerden het er niet over eens zijn. Op de keper beschouwd klopt dat ook, want zoals gebruikelijk in de psychologie bestaan er ook over burn-out verschillende opvattingen. Wel zijn vriend en vijand het erover eens dat het om een *mentale uitputtingstoestand* gaat. Het debat spitst zich vooral toe op de ernst en de aard van de klachten.

Het feit dat onder burn-out enerzijds tamelijk milde klachten worden verstaan waarvoor men niet noodzakelijkerwijs hoeft te verzuimen van het werk, en anderzijds een langdurige stoornis die het onmogelijk maakt om te werken, zorgt voor de nodige verwarring. Zo worden er vragenlijsten gebruikt die burn-outklachten meten bij in principe gezonde werknemers, bijvoorbeeld in het kader van het wettelijk verplichte *Preventief Medisch Onderzoek*. Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) administreert echter het aantal burn-outgevallen door op basis van arbeidsuitval. En dat zijn dus twee hele verschillende dingen.

De achterliggende gedachte is dat burn-outklachten uiteindelijk tot een échte burn-out en daarmee tot arbeidsuitval leiden. Hoe plausibel die gedachte ook moge zijn, harde wetenschappelijke evidentie daarvoor ontbreekt vooralsnog. Zo toont een uniek prospectief cohortonderzoek onder Nederlandse werknemers aan dat een vragenlijstscore

op burn-out het toekomstige langdurige ziekteverzuim weliswaar in statistisch significante zin voorspelt, maar het effect is dermate gering dat het voor de praktijk niet relevant is (Roelen et al., 2015). Kennelijk liggen burn-outklachten en arbeidsuitval niet in elkaars verlengde, wellicht vanwege veelvuldig optredend spontaan herstel.

Waar de geleerden het wél over eens zijn, is dat mentale uitputting de kern van burn-out vormt. Sommigen zijn zelfs van mening dat burn-out *samenvalt* met uitputting, waaraan verschillende aspecten kunnen worden onderscheiden, zoals cognitieve, fysieke, mentale en emotionele uitputting. Anderen daarentegen voegen één of meerdere dimensies toe. De meestgebruikte definitie van burn-out is die van Christina Maslach uit 1981, die behalve emotionele uitputting ook depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid als constituerende elementen van burn-out bevat. Bovendien stipuleerde deze definitie aanvankelijk dat burn-out uitsluitend en alleen voorkomt in sociale beroepen, zoals in de zorg, het onderwijs, het welzijnswerk of bij de politie. Omdat deze definitie de basis vormt van de meestgebruikte vragenlijst – de *Maslach Burn-out Inventory (MBI)*, in Nederland bekend als *Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS)* – heeft dit ertoe geleid dat burn-out in feite wordt gezien als datgene wat de MBI meet. Dat betekende aanvankelijk ook een inperking tot sociale beroepen; burn-out kon *per definitie* niet voorkomen bij kantoorpersoneel, buschauffeurs of technici. Daar kwam later verandering in met de verschijning van een algemene versie van de MBI, die bij alle beroepen gebruikt kan worden.

Ondanks het feit dat er in de loop van de jaren inhoudelijke en psychometrische kritiek op de MBI is geuit, wordt deze nog steeds in verreweg de meeste wetenschappelijke artikelen gebruikt. Sterker nog, men moet van goede huize komen om een artikel over burn-out gepubliceerd te krijgen *zonder* de MBI. Dat houdt dus in dat de definitie van burn-out feitelijk samenvalt met de operationalisering.

Alles overziend lijkt het erop dat burn-out en depressie sterk overlappen

Conclusie. Burn-out is een mentale uitputtingstoestand, waarvan vermoed wordt dat deze zich geleidelijk uit mildere

klachten ontwikkelt en waarbij het niet helder is uit welke aspecten deze toestand bestaat, behalve dat extreme vermoeidheid er de kern van uitmaakt.

2. HEEFT BURN-OUT ALTIJD MET WERK TE MAKEN?

Burn-out is per definitie werkgerelateerd, al is dat de laatste jaren wel wat opgerekt. Zo wordt burn-out ook onderzocht bij sporters, vrijwilligers, scholieren en studenten. Deze groepen werken weliswaar niet in economische zin, maar hun bezigheden kunnen wel in *psychologische* zin als ‘werk’ worden bestempeld. Dat wil zeggen dat er sprake is van gestructureerde, doelgerichte activiteiten met een verplichtend karakter.

Dat kan niet worden gezegd van huisvrouwen/mannen, gepensioneerden en werklozen. Ergo kunnen deze ook niet opbranden. Toch blijft er iets knagen omdat ook gepensioneerden en werklozen zich doodvermoeid kunnen voelen. Maar dat is niet vanwege de specifieke *activiteiten* die ze verrichten maar vanwege hun *sociale rol*, die gekenmerkt wordt door een gebrek aan doel, structuur en sociale contacten. Ook kunnen mensen uitgeput raken door conflicten met hun partner of door problemen met hun kinderen. Maar wederom raken partners of ouders niet vermoeid vanwege hun specifieke activiteiten maar door de slechte, conflictueuze kwaliteit van hun relaties.

Conclusie. Burn-out heeft altijd met ‘werk’ te maken, zij het niet uitsluitend in economische maar ook in psychologische zin. Bij burn-out gaat het niet alleen om het soort klachten, maar ook om de *activiteiten* waaruit deze voortkomen. Dat laat onverlet dat uitputtingsklachten bijvoorbeeld ook voor kunnen komen bij mensen die in economische noch in psychologische zin arbeid in verrichten.

3. KOMT BURN-OUT VAKER VOOR DAN VROEGER?

De term ‘burn-out’ verscheen voor het eerst op het toneel aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw. Er zijn echter tal van voorbeelden van burn-out *avant-la-lettre* die suggereren dat mentale uitputting van alle tijden is. Interessant is de parallel met *neurasthenie* – letterlijk zenuwzwakte (Schaufeli, 2017). Neurasthenie deed opgeld aan het einde van de negentiende eeuw en werd destijds gezien als het gevolg van het moderne, jachtige leven. Door constante overprikkeling – denk aan telefoon, telegraaf, kranten en stoomtreinen – verzwakken de zenuwen. Dit

resulteert in extreme vermoeidheid en een onvermogen om te werken, zo luidde de redenering. Vooral drukke zakenlui hadden er last van. Terugkijkend zou je kunnen zeggen dat de opkomst van neurasthenie verband hield met de overgang van een agrarische naar een industriële samenleving, terwijl burn-out samenvalt met de transformatie van een industriële naar een postindustriële, op dienstverlening gerichte samenleving. Daar waar bij neurasthenie de *zakenman* de belichaming vormt van de dynamische, overprikkelde moderne mens is dit bij burn-out de emotioneel overbelaste *hulpverlener*. De zakenman is het slachtoffer van het jachtige, de hulpverlener van het psychosociaal veeleisende leven.

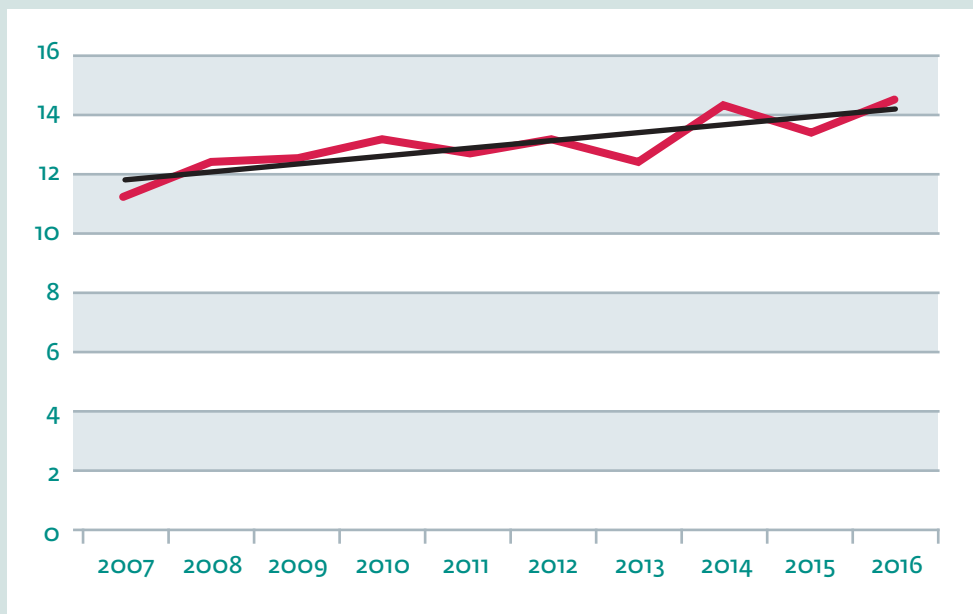
Bestaan er betrouwbare cijfers die een toename van burn-out over de tijd laten zien? Daarvoor kunnen we het beste te rade gaan bij de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA), waarmee TNO en het CBS sinds 1997 jaarlijks burn-outklachten meet bij een representatieve groep werknemers. Voor zover mij bekend is dit uniek in de wereld. De eerste tien jaar schommelde het burn-outpercentage rond de 10%, daarna lijkt er van een lichte stijging via

12% in 2008 naar 14% in 2016 sprake te zijn (zie figuur 1). Tot en met 2006 werd er trouwens een andere methode gebruikt waardoor de cijfers over de afgelopen twintig jaar helaas niet vergeleken kunnen worden.

De NEA gebruikt een aangepaste versie van de uitputtingsschaal van de UBOS om burn-out te meten, waarvan de formulering van vier van de vijf items is gewijzigd. Als afkapwaarde wordt een score van 3.2 op een schaal van 1-7 gebruikt. Deze ligt beduidend *lager* dan de gemiddelde score (4.8) van diegenen met een burn-out diagnose (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000; p. 49). Dat betekent dus dat er van een *overschatting* sprake is. Immers, zou een strenger en meer realistisch criterium zijn gehanteerd, dan zou het burn-out percentage lager zijn uitgevallen.

Het is verder goed om te bedenken dat de NEA burn-outklachten, of nog beter uitputtingsklachten meet. Een Belgisch onderzoek schat de prevalentie van burn-out op basis van diagnoses van bedrijfsartsen bijvoorbeeld op slechts 0,8% (Mairiaux et al., 2012). Dit essentiële verschil tussen klachten en diagnose gaat verloren wanneer de media suggereren dat

FIGUUR 1. PREVALENTIE VAN 'BURN-OUT' 2007-2016



Bron: TNO-Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden

één op de zeven Nederlandse werknemers een burn-out heeft.

Het feit dat er gewijzigde uitputtingsitems en een tamelijk mild criterium zijn gebruikt laat overigens onverlet dat er de afgelopen jaren wel van een lichte stijging van de klachten kan worden gesproken. Zoals figuur 1 aangeeft heeft de sterkste stijging zich opvallend genoeg *niet* na de financiële crisis van 2008 voorgedaan maar is pas in 2013 ingezet. Deze stijging blijkt vooral op het conto van vrouwen geschreven te moeten worden.

Conclusie. Burn-out lijkt niet typisch voor onze tijd, getuige de historische parallel met neurasthenie. Anders dan de media ons doen willen geloven is burn-out niet spectaculair gestegen. De afgelopen twintig jaar is het aantal mensen met uitputtingsklachten min of meer constant gebleven, al valt er de afgelopen jaren wel een lichte stijging van te bespeuren, met name bij vrouwen.

Mentale uitputting vormt de kern van burn-out

4. KOMT BURN-OUT VAKER VOOR IN NEDERLAND DAN ELDERS?

Op de keper beschouwd valt er weinig of niets te zeggen over de prevalentie van burn-out in Nederland in vergelijking met andere landen. Om een zinvolle vergelijking te kunnen maken moet hetzelfde betrouwbare en valide instrument in diverse nationaal representatieve steekproeven zijn gebruikt met dezelfde afkapwaarde. Daar voldoet tot nu toe geen enkel onderzoek aan. In Noorwegen, Zweden en Finland zijn weliswaar grootschalige onderzoeken naar burn-out verricht, maar die betreffen bepaalde regio's of beroepsgroepen en gebruiken andere vragenlijsten en afkapwaarden dan de NEA in Nederland. Desalniettemin is het opvallend dat een van de betere studies de prevalentie van burn-out in Noord Zweden op 13% schat, ongeveer even hoog als in Nederland (Norlund et al., 2010).

Conclusie. Er valt niets met zekerheid te zeggen over het voorkomen van burn-out in Nederland in vergelijking met andere landen.

5. BIJ WIE KOMT BURN-OUT HET MEESTE VOOR?

Bij de beantwoording van deze vraag kan wederom gebruik worden gemaakt van de NEA-gegevens. Het is overigens opvallend hoe weinig goede epidemiologische studies naar burn-out zijn verricht. Er zijn weliswaar honderden, zo niet duizenden publicaties verschenen over het vóórkomen van burn-out bij specifieke groepen, zoals leerkrachten op lagere scholen in Sri Lanka, Canadese radiologen, of Palestijnse maatschappelijk werkers. Maar men zoekt vergeefs naar onderzoek met landelijk representatieve steekproeven. Bovendien wordt nagenoeg altijd wordt een willekeurige afkapwaarde gebruikt, die niet is gevalideerd aan de hand van burn-outdiagnoses.

Uit recente cijfers van de NEA blijkt dat uitputtingsklachten iets vaker – ongeveer 1% – bij vrouwen voorkomen dan bij mannen en wel het meest in de leeftijdscategorieën van 25-35 (17%) en van 55-65 jaar (16%) en het minst in de categorie 15-25 jaar (9%). De klachten komen het meest voor in het onderwijs (20%) en het minst in de verhuur en handel van onroerend goed (8%), terwijl de gezondheids- en welzijnzorg in de middenmoot scoort (15%). Een analyse van de NEA uit de periode 2007-2012 (Smulders et al., 2013) toont aan dat uitputtingsklachten relatief vaak voorkomen bij westerse (16%) en niet-westerse allochtonen (23%) in vergelijking tot autochtonen (11%); bij hoogopgeleiden (14%) vaker dan bij laag of gemiddeld opgeleiden (12%); en bij diegenen met uitzendcontracten (16%) vaker dan bij hen met tijdelijke (13%), vaste (12%) en oproep- of invalcontracten (7%).

Conclusie. In Nederland komen uitputtingsklachten vaker voor bij werknemers die hun loopbaan aan het opbouwen of juist aan het afbouwen zijn, en verder bij allochtonen, hoger opgeleiden, uitzendkrachten, en bij diegenen die in het onderwijs werkzaam zijn.

6. HOE LANG DUURT EEN BURN-OUT?

Uit een unieke longitudinale cohortstudie onder ruim 12.000 Nederlandse werknemers die 4,5 jaar werden gevolgd bleek dat burn-out klachten gemiddeld 2,5 jaar aanhouden (Kant et al., 2004). Er werd daarbij trouwens geen onderscheid gemaakt tussen spontaan herstel en een eventueel effect van interventies. Het ging bij dit onderzoek overigens niet alleen om uitputtingsklachten, maar ook om mentale distantie en verminderde competentie.

Conclusie. Burn-outklachten lijken langdurig van aard te zijn.

7. IS BURN-OUT EEN PSYCHISCHE STOORNIS?

Hierover zijn de meningen verdeeld en de scheidslijn loopt ergens in het midden van de Atlantische oceaan. In Noord-Amerika is burn-out destijds expliciet geïntroduceerd om medicalisering te vermijden; het werd gezien als een normale reactie op een abnormale, veeleisende werksituatie. In Europa is burn-out daarentegen een onderdeel gaan uitmaken van het sociaal-medische discours, en wel in de vorm van een diagnose. De reden is dat Europese verzorgingsstaten, anders dan in de Verenigde Staten waar zo'n zorgsysteem niet bestaat, een formele diagnose verlangen als toegangsbewijs voor sociaal-medische voorzieningen.

Burn-out komt niet voor als diagnose in de DSM-5 en wordt slechts zijdelings in de ICD-10 genoemd als 'a state of vital exhaustion' onder de restcategorie 'problems related to life management difficulty'. Burn-out is dus geen erkende psychiatrische stoornis. Maar wat te doen als mensen op de deur van de spreekkamer kloppen met burn-outklachten? Eén mogelijkheid is om een alternatieve diagnose te gebruiken, zoals huisartsen doen in de *International Classification of Primary Health Care* (ICPC). Daarin wordt onder code P78 'neurasthenie/surmenage' verstaan, overigens zonder dat daar een verdere uitleg bij gegeven wordt. Zo komen we onze oude bekende weer tegen!

Een andere mogelijkheid is het gebruik van de 'Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out', die gesanctioneerd is door de belangrijkste Nederlandse organisaties van medische en psychologische professionals. Daarin wordt burn-out opgevat als een vorm van overspanning die langer dan zes maanden duurt, waarbij uitputting op de voorgrond staat en het vervullen van de arbeidsrol niet meer mogelijk is. Bij overspanning is sprake van tijdelijke en bij burn-out van langdurige arbeidsuitval.

Een soortgelijke oplossing heeft de *Swedish National Board of Health and Welfare* gekozen met de introductie van de 'Stress-related Exhaustion Disorder' als officiële burn-out-diagnose. De criteria hiervoor overlappen grotendeels met onze multidisciplinaire richtlijn, al hoeven de klachten slechts twee weken te bestaan en moeten ze een reactie vormen op een minstens zes maanden aanwezige stressor.

Conclusie. Alhoewel burn-out oorspronkelijk in Noord-Amerika uitdrukkelijk niet als een medische diagnose is geïntroduceerd, wordt het in Europese verzorgingsstaten zoals Nederland en Zweden *de facto* als een psychische stoornis gelabeld. Dit zorgt voor de nodige miscommunicatie tussen beide zijden van de Atlantische Oceaan.

Burn-out is per definitie werk-gerelateerd, al is dat de laatste jaren wel wat opgerekt

8. HOE KUN JE EEN BURN-OUT VASTSTELLEN?

Het is van essentieel belang om een onderscheid te maken tussen burn-outklachten en een burn-outdiagnose. Voor de eerste kan een vragenlijst worden gebruikt en voor het tweede een diagnostisch interview. Er bestaan verschillende burn-outvragenlijsten waarvan de MBI veruit het meeste wordt gebruikt. Maar ook in de vierde versie van de MBI testhandleiding zoekt men vergeefs naar gevalideerde afkapwaarden voor 'hoge' of 'lage' scores (Maslach, Jackson & Leiter, 2017).

Voor de Nederlandse UBOS bestaan dergelijke gevalideerde afkapwaarden wel, maar die zijn volgens de richtlijnen van de COTAN verouderd. Het ontbreken van afkapwaarden van de MBI komt doordat het als onderzoeksinstrument en niet als diagnostisch instrument is ontwikkeld. Immers, geheel in psychologische traditie was de MBI bedoeld om burn-outklachten als continue variabele te meten. In de medische wetenschappen wordt daarentegen in de regel met discrete, categorische variabelen gewerkt: iemand is ziek of gezond, opgebrand of niet. Een beetje zwanger bestaat niet. Een extra complicatie is dat de MBI drie scores oplevert (voor uitputting, mentale distantie en verminderde competentie), die volgens de handleiding uitdrukkelijk niet bij elkaar tot één burn-outscore opgeteld mogen worden. Dat is curieus omdat burn-out een syndroom is, een verzameling klachten die naar één entiteit verwijzen.

De multidisciplinaire richtlijn biedt concrete aanknopingspunten voor een diagnostisch interview om burn-out vast te stellen. Het is niet duidelijk in hoeverre artsen en psychologen zich aan de richtlijn houden en hoe betrouwbaar het diagnostische burn-outinterview is. Omdat burn-out een beroepsziekte is, dienen bedrijfsartsen dit te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). In de periode 2009-2011 betrof het in totaal 20% van de 3883 meldingen van psychische beroepsziekten (Sluiter, De Groene & Nieuwenhuijsen, 2013). Met 58% was overspanning veruit de meest voorkomende psychische beroepsziekte. Hierboven zagen we dat het verschil tussen overspan-

ning en burn-out eerder gradueel dan principieel is.

Overigens bestaat er een grote discrepantie tussen het aantal mensen met burn-outklachten – 1,2 miljoen (14% van de beroepsbevolking) – en het aantal jaarlijkse burn-outmeldingen – circa 300 (0,0003 % van de beroepsbevolking). Afgaande op deze cijfers is er naar alle waarschijnlijkheid van onderrapportage bij de meldingen sprake.

Conclusie. Burn-outklachten kunnen weliswaar met een vragenlijst worden gemeten, maar het is niet mogelijk de ernst ervan te duiden doordat referentiewaarden ontbreken. Er bestaan richtlijnen voor een diagnostisch interview en bedrijfsartsen worden geacht deze te gebruiken en burn-out als beroepsziekte te melden. Niet alle gevallen van burn-out komen echter bij de bedrijfsarts terecht en het is de vraag hoe consequent bedrijfsartsen burn-out melden.

Burn-out is geen erkende psychiatrische stoornis

9. VERSCHILT BURN-OUT VAN DEPRESSIE?

Vanaf het begin is de relatie tussen burn-out en depressie een punt van discussie geweest en deze discussie is nog steeds niet uitgewoed. Dat is ook niet zo vreemd omdat het kernsymptoom van burn-out – uitputting – ook bij een depressieve stoornis een prominente rol speelt. Andersom wordt een sombere stemming, die de kern vormt van een depressieve stoornis, ook vaak bij burn-out gevonden.

Grofweg staan er twee kampen tegenover elkaar: diegenen die menen dat het bij burn-out en depressie om twee verschillende entiteiten gaat versus diegenen die vinden dat het één pot nat is. De implicatie van het laatste is dat burn-out een overbodig begrip is. Men dient wel te bedenken dat er verschillende depressieve stoornissen bestaan. Zo worden er in de DSM melancholische, catatonische en atypische vormen van depressie onderscheiden en kunnen de symptomen licht, matig of ernstig zijn. Burn-out zou nog het meeste overeenkomen met de atypische variant van depressie (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2014). Hoe het ook zij, beide kampen beroepen zich op wetenschappelijk bewijs. Wat zijn de feiten?

Uit nagenoeg alle psychometrische studies blijkt dat burn-outvragenlijsten iets anders meten dan depressievragenlijsten. Dat wil zeggen dat de items op verschillende

factoren laden. Verder correleren burn-out en depressie in de regel matig tot sterk, variërend van circa .45 tot .70 (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015). Met andere woorden, burn-out en depressie overlappen voor twintig tot vijftig procent, althans wanneer beide met een vragenlijst worden gemeten. Dat is weliswaar een aanzienlijke overlap, maar niet genoeg om van *identieke* begrippen te spreken. De mate van overlap verschilt overigens niet wezenlijk bij gewone werknemers en diegenen met ernstige burn-outklachten (Plieger, Melchers & Montag, 2015)

Longitudinaal onderzoek bij werknemers toont ofwel aan dat burn-out tot depressie leidt (Hakanen & Schaufeli, 2012), ofwel dat beide elkaar wederzijds beïnvloeden en zich in tandem ontwikkelen (Ahola et al., 2014). De eerste interpretatie sluit aan bij de veel geopperde generalisatiehypothese die stelt dat burn-out de neiging heeft zich uit te breiden van het werkdomein naar alle overige levensgebieden. Dat zou erop kunnen duiden dat burn-out een fase vormt in de ontwikkeling van een depressieve stoornis. De tweede interpretatie sluit aan bij het idee dat burn-out en depressie zeer nauw met elkaar verweven en nauwelijks te onderscheiden zijn. Let wel, dit type longitudinaal onderzoek heeft betrekking op mensen met burn-outklachten.

Maar hoe zit het bij mensen met een burn-outdiagnose? Een onderzoek onder deze groep toonde aan dat 53% van hen ook voldeed aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis (Ahola et al., 2005). Op het eerste gezicht lijkt een dergelijke co-morbiditeit erg hoog, maar bij nadere beschouwing valt dat mee. Uit een systematisch literatuuronderzoek blijkt namelijk dat de helft van het aantal depressieve eerstelijnspatiënten tevens een angststoornis heeft en *vice versa* (Hirschfeld, 2001).

Conclusie. Alles overziend lijkt het er dus op dat burn-out en depressie sterk overlappen. Deze overlap is zowel in psychometrisch, temporeel als klinisch opzicht echter niet zo sterk dat er van één pot nat gesproken kan worden. Dit komt overeen met persoonlijke mededelingen van talloze behandelaars; voor hen bestaat het onderscheid tussen burn-out en depressie in de praktijk wel degelijk.

10. ZIJN BEPAALDE MENSEN MEER VATBAAR VOOR BURN-OUT?

Er zijn tamelijk veel studies gedaan naar de relatie tussen burn-out en persoonlijkheid. Zo telde een meta-analyse 121 studies waaruit een tamelijk consistent beeld naar voren komt (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009): de Big Five-

persoonlijkheidstrekken verklaren tezamen 25-30 % van de variatie in burn-out, afhankelijk van de specifieke trek. Van alle vijf trekken draagt neuroticisme veruit het meeste bij, op afstand gevolgd door respectievelijk gebrek aan extraversie en nauwkeurigheid, terwijl openheid en vriendelijkheid nauwelijks van belang zijn. Diegenen met burn-outklachten zijn dus vooral emotioneel instabiel en weinig extravert.

Ook werd in deze meta-analyse de relatie met *core self-evaluations* onderzocht. Daaruit bleek dat deze tussen de 15-30% van de variatie in burn-out verklaarden. Ook nu weer bleek neuroticisme veruit het sterkste verband met burn-out te hebben. Mensen met burn-outklachten hebben daarnaast ook een gering gevoel van eigenwaarde (*self-esteem*), weinig vertrouwen in hun eigen kunnen (*self-efficacy*) en voelen zich afhankelijk van anderen of van de situatie (*externe locus of control*). Ook zijn er verbanden gevonden met andere persoonlijkheidsaspecten, zoals gebrek aan optimisme en persoonlijk initiatief, en perfectionisme.

Conclusie. Burn-out hangt samen met een aantal persoonskenmerken waarvan neuroticisme verreweg de belangrijkste is: emotioneel minder stabiele personen lopen meer risico op burn-outklachten. Dat geldt trouwens ook voor allerlei andere problematiek zoals verslaving, psychosen, affectieve stoornissen en medisch onverklaarbare symptomen. Er is op gewezen dat neuroticisme in wezen niets anders is dan een indicatie voor de mate van ervaren *distress* over een langere periode, waardoor er eigenlijk sprake is van een tautologie in plaats van een echte verklaring voor psychopathologie (Ormel, Rosmalen & Marmer, 2004).

11. IS BURN-OUT BIOLOGISCH?

Het debat over het al dan niet biologische karakter van burn-out heeft alles te maken met legitimiteit. Pas wanneer burn-out samenhangt met objectieve biologische kenmerken bestaat het écht, zo redeneren veel mensen. Kennelijk is het medisch denken dermate sterk verankerd dat we moeite hebben om te accepteren dat je ook aan iets kunt lijden zonder dat er allerlei metertjes uitslaan.

Velen zijn ervan overtuigd dat er bij burn-out sprake is van een verstoring van het biologische evenwicht; er is niet alleen iets psychisch maar ook iets lichamelijks aan de hand. Maar is dat wel zo? Er zijn in grootschalige longitudinale onderzoeken inderdaad aanwijzingen gevonden dat diegenen met burn-outklachten meer risico lopen op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten (Toppinen-Tanner et al., 2009) en luchtweginfecties (Mohren et al., 2003). Dit zou op

een onderliggend biologisch mechanisme kunnen duiden, zoals een excessieve aanmaak van bloedlipiden, respectievelijk een minder effectief immuunsysteem. Een meta-analyse waarin 38 verschillende *biomarkers*, waaronder bloedlipiden en immuun-parameters, onder de loep zijn genomen concludeerde echter dat *'no potential biomarkers for burnout were found'* (Danhof-Pont, Van Veen & Zitman, 2011, p. 311). In weerwil van het populaire geloof werd *evenmin* verschil gevonden in het niveau van het stress-hormoon cortisol bij diegenen met en zonder burn-out. Let wel, het gaat in deze meta-analyse – in tegenstelling tot de bovengenoemde bevolkingsonderzoeken – ook om mensen die een burn-outdiagnose hebben gekregen.

Recentelijk zijn er aanwijzingen in enkele fMRI-studies gevonden voor verminderde activiteit van bepaalde hersengebieden bij mensen met burn-outklachten (Tei et al., 2014). Het gaat daarbij met name om gebieden die met empathie of met bepaalde cognitieve functies te maken hebben. Ook wijst een enkele studie op een afwijkend EEG-patroon bij mensen met een burn-outdiagnose (Van Luijtelaar et al., 2010). Afgezien van het feit dat het om weinig studies gaat, is het ook de vraag wat kip en wat ei is. Wordt burn-out veroorzaakt door verslechterde hersenactiviteit of leidt burn-out ertoe dat de hersenen anders gaan werken?

Conclusie. Het is op zijn minst voorbarig ervan uit te gaan dat er een biologisch substraat van burn-out bestaat. Feit is dat burn-outklachten tot bepaalde aandoeningen kunnen leiden. Verder bestaan er enkele aanwijzingen dat burn-outklachten wellicht met verminderde activiteit in bepaalde hersengebieden samenhangt. Maar oorzaak en gevolg zijn, zoals vaak bij dit soort studies, onduidelijk.

12. IS BEHANDELING VAN BURN-OUT EFFECTIEF?

Er is door de jaren heen een ware burn-outindustrie ontstaan met talloze aanbieders van al evenzoveel verschillende, soms zelfs hele exotische interventies. In principe kan burn-out op drie verschillende niveaus worden bestreden: op individueel niveau, op team- en op organisatieniveau. Verreweg de meeste interventies richten zich op het individu, waarschijnlijk omdat beide andere interventies moeilijker uitvoerbaar zijn doordat ze ingrijpen in werkprocessen. Daarnaast valt er nog een onderscheid te maken tussen preventie en curatie, dat wil zeggen interventies bij diegenen met burn-outklachten respectievelijk een burn-outdiagnose. Verreweg de meeste interventies richten zich op de eerste groep. Hoe zit

Wordt burn-out veroorzaakt door verslechterde hersenactiviteit of leidt burn-out ertoe dat de hersenen anders gaan werken?

het met de effectiviteit? Nemen de burn-outklachten ook daadwerkelijk ten gevolge van interventies af?

Wat als eerste opvalt is het relatief geringe aantal deugdelijk opgezette, gecontroleerde studies. Doorgaans worden hoogstens enkele tientallen goede studies opgespoord die voor een meta-analyse in aanmerking komen. Het beeld dat oprijst uit deze meta-analyses is tamelijk eenduidig: burn-outinterventies hebben een statistisch significant, maar gering positief effect (d-waarden rond de .20). Illustratief is een meta-analyse waarbij 47 studies zijn geanalyseerd en waarbij het sterkste effect werd gevonden voor relaxatie, gevolgd door respectievelijk het aanleren van nieuw rolgedrag en cognitief-gedragsmatige interventies (Marticuroiu, Sava & Butta, 2014). In een specifiekere meta-analyse van 23 interventiestudies bij leerkrachten werden positieve effecten gevonden voor een cognitief-gedragsmatige aanpak, mindfulness en stimuleren van de professionele ontwikkeling, en in mindere mate voor het leren organiseren van sociale steun (Iancu et al., in druk). Een meta-analyse van 27 interventiestudies bij werknemers uit de geestelijke gezondheidszorg vond dat het effect van persoonsgeoriënteerde interventies sterker was dan dat van organisatiegeoriënteerde interventies (Dreison et al., 2018). Het gaat bij alle bovenstaande meta-analyses overigens om secundaire preventie, dat wil zeggen om mensen met burn-outklachten die in principe aan het werk zijn.

Hoe zit het met de effectiviteit van de behandeling bij mensen met een burn-outdiagnose? Daarover is slechts één enkele meta-analyse bekend die achttien studies opleverde waarvan slechts vier *Randomized Clinical Trials* (Ahola, Toppinen-Tanner & Seppänen, 2017). Deze vier studies lieten géén significante daling in burn-outklachten zien bij de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Zonder meer een teleurstellend resultaat, zowel wat betreft het aantal studies als hun effect.

Conclusie. Het lijkt erop dat burn-outklachten afnemen ten gevolge van persoonsgerichte interventies, zoals ontspanning, mindfulness en een cognitief-gedragsmatige aanpak. Dat geldt voor diegenen met relatief milde klachten. Voor mensen met ernstige burn-outklachten ziet het er minder gunstig uit. Het meest opvallend is evenwel dat er zeer weinig, kwalitatief goede interventiestudies zijn uitgevoerd. Bovendien zijn deze vooral op de persoon en niet op het werk, het team of de organisatie gericht.

13. IN HOEVERRE VINDT WERKHERVATTING NA EEN BURN-OUT PLAATS?

Naast een afname van burn-outklachten is het uiteraard ook van belang dat de betrokkene weer aan het werk gaat. Alhoewel beide met elkaar samenhangen, gaat het toch om verschillende zaken. Dit komt tot uitdrukking in het zogenaamde tweesporenbeleid dat sinds ongeveer vijftien jaar in de Nederlandse bedrijfsgezondheidszorg wordt gevolgd. Dat houdt in dat er gelijktijdig aan klachtreductie én re-integratie wordt gewerkt. Dit in tegenstelling tot de traditionele aanpak, waarbij terugkeer naar werk pas in beeld kwam nadát alle klachten verdwenen waren.

Hoe zit het met het empirische bewijs voor werkhervatting? Een recente meta-analyse geeft enigszins een teleurstellend beeld (Perski et al., 2017). Ten eerste konden de auteurs maar acht geschikte studies vinden, en ten tweede werd er géén interventie effect gevonden voor volledige terugkeer naar werk. Of men nu een burn-outbehandeling kreeg of op een wachtlijst stond of 'treatment as usual' kreeg, dat maakte niet uit voor volledige werkhervatting. Wel gingen diegenen die een behandeling kregen iets sneller weer *gedeeltelijk* aan het werk in vergelijking met de controlegroep. Opvallend genoeg daalden burn-out-, angst- en depressieklachten *niet* significant ten gevolge van de behandeling. Dit wijst er op dat werkhervatting en klachtreductie inderdaad twee verschillende sporen zijn.

Conclusie. Behandelingsprogramma's voor burn-out leiden niet vaker tot volledige werkhervatting in vergelijking met *treatment as usual* of het staan op een wachtlijst, maar wel tot een snellere partiële terugkeer naar het werk. Het lijkt er dus op dat interventies slechts gedeeltelijk bijdragen aan succesvol herstel van burn-out. De empirische basis voor arbeidsre-integratie bij burn-out is dus dun.

DE PARADOX VAN HET ONDERZOEK NAAR BURN-OUT

Op lang niet alle bovenstaande, voor de hand liggende vragen over burn-out is een afdoende wetenschappelijk antwoord te geven. Dit in weerwil van de vele tienduizenden wetenschappelijke publicaties. Veel onderzoek en weinig antwoorden, dat zou men de paradox van het onderzoek naar burn-out kunnen noemen. Geen wonder dat bij gebrek aan wetenschappelijke feiten de fictie rondom burn-out welig tiert. Hoe kan het dat er zoveel onderzoek naar burn-out is gedaan en er tegelijkertijd zo weinig over bekend is dat van nut is voor praktijk en beleid? Daar zijn volgens mij minstens drie redenen voor.

Allereerst bestaat er geen overeenstemming over wat burn-out nu eigenlijk is, behalve dat het verwijst naar een mentale uitputtingstoestand. Bij gebrek aan beter is de definitie die vervat is in een bepaald meetinstrument – de MBI – verheven tot dé definitie van burn-out. Maar door deze cirkelredenering is het probleem natuurlijk niet opgelost. Daar komt bij dat de MBI geen totaalscore oplevert als maat voor burn-out. Bij wijze van noodoplossing wordt er soms voor gekozen om alleen uitputtingsklachten te meten als *pars pro toto* voor burn-out. Maar zo eenvoudig kan men er zich niet van afmaken; burn-out is meer dan enkel vermoeidheid of uitputting. Het resultaat is echter wel dat bijna alles wat we over de prevalentie van burn-out weten in feite alleen betrekking heeft op uitputtingsklachten.

Ten tweede heeft praktisch al het onderzoek betrekking op burn-outklachten en niet op burn-out als diagnosticeerde stoornis. En dat zijn twee hele verschillende dingen. In het eerste geval gaat het om werk-gerelateerde spanningsklachten, die vaak vanzelf overgaan. In het tweede geval gaat het om ernstige en langdurige klachten, die gepaard gaan met arbeidsuitval. De eenzijdige onderzoeksbelangstelling voor burn-outklachten ten detrimente van burn-out als gediagnosticeerde stoornis is historisch goed te verklaren. Pas toen het concept de Atlantische oceaan overstak, voltrok zich de metamorfose van klacht naar stoornis. En dat roept vanzelfsprekend andere vragen op die niet met het bestaande vragenlijstinstrumentarium beantwoord kunnen worden.

Ten derde is er ook een pragmatische en wellicht triviale reden waarom bepaalde voor de hand liggende vragen over burn-out tot nu toe niet afdoende beantwoord zijn. Onderzoekers kiezen namelijk vaak voor de weg van de minste weerstand. Prospectief longitudinaal onderzoek bij representatieve steekproeven of gecontroleerd interventieonderzoek

bij mensen met een burn-outdiagnose kost nu eenmaal veel meer tijd en moeite dan cross-sectioneel onderzoek naar burn-out klachten bij een willekeurige groep werknemers. Wat ook niet helpt, is dat veel onderzoeksubsidies bedoeld zijn voor ‘ingewikkeld’, theorie-geleid onderzoek naar onderliggende psychologische verklaringen en niet voor ‘simpel’, praktisch relevant onderzoek dat gericht is op de beantwoording van bovenstaande vragen.

Deze drie verklaringen voor de paradox van onderzoek naar burn-out hangen samen. Immers, omdat de conceptualisering en operationalisatie van burn-out als psychische stoornis niet helder is, kan er ook geen epidemiologisch onderzoek en interventieonderzoek plaatsvinden. Daarmee is tegelijk het antwoord gegeven op de vraag hoe we ons uit deze paradox kunnen bevrijden. Dat kan door terug te gaan naar de tekentafel en gewapend met de kennis van nu opnieuw na te denken over de conceptualisatie en operationalisatie van burn-out. Dit keer niet vanuit het perspectief van burn-out klachten maar van burn-out als stoornis, c.q. diagnose.

En dat is precies wat er op dit moment aan de KU Leuven gebeurt. Er zijn inmiddels enkele tientallen diepte-interviews met huisartsen, bedrijfsartsen, psychotherapeuten en loopbaancoaches afgenomen op basis waarvan een definitie van burn-out is uitgewerkt, die naast uitputting en mentale distantie ook verminderde cognitieve en emotionele controle als kernsymptomen omvat. Op basis daarvan is een vragenlijst geconstrueerd – de Burn-out Assessment Tool (BAT) – die zowel wordt gevalideerd in grote, representatieve steekproeven van de werkende bevolking in Nederland en Vlaanderen, alsook bij mensen met een burn-outdiagnose en met een depressieve stoornis. Naast een uitgebreidere versie die voor individuele diagnostiek gebruikt kan worden, zal er ook een korte versie beschikbaar komen die bij screening in bedrijven en in epidemiologisch onderzoek kan worden ingezet.

Het is de hoop en verwachting dat de BAT in de toekomst zal bijdragen aan het beantwoorden van de vragen rondom burn-out die tot nu toe grotendeels onbeantwoord zijn gebleven.

OVER DE AUTEUR

Wilmar Schaufeli is hoogleraar aan de Vakgroep Sociale-Organisatie- en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht en hoogleraar aan de KU Leuven. Tevens is hij lid van de redactieraad van De Psycholoog. Email: w.schaufeli@uu.nl.

Summary

BURN-OUT: FACTS AND FICTION W. SCHAUFELI

A number of questions about burnout are posed that are relevant for the public debate, and it is explored to what extent these questions can be answered by research findings. These questions are: What is burnout? Is burnout work related? Does the prevalence of burnout increase across time? Is the prevalence of burnout higher in the Netherlands than elsewhere? Among what kind of em-

ployees is burnout most prevalent? What is the duration of burnout? Is burnout a mental disorder? How can burnout be assessed? Does burnout differ from depressive disorder? Are some people more at risk of burnout than others? Has burnout a biological basis? Is treatment of burnout effective? In how far do burnout victims return to work? It is concluded that a paradox exists between the extremely large number of scientific publications and our limited empirical knowledge.

As a result, it seems that fiction prevails over facts in the public debate about burnout. Three explanations for this paradox are given: (1) the nature of burnout is still unclear; (2) research focuses predominantly on mild burnout complaints rather than on burnout as a mental disorder; (3) the most relevant kind of research is also the most expensive and cumbersome. The paper closes with a call to return to the drawing board to re-define and re-operationalize burnout.

Literatuur

- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R. & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centered approach. *Burnout Research*, 1, 29–37.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E. et al. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55–62.
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S. & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1–11.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J. & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23, 244–263.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management*, 21, 307–324.
- Danhof-Pont, M. B., van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 505–524.
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonflis, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23, 18–30.
- Hakanen, J. J. & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415–424.
- Hirschfeld, R. M. A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 244–254.
- Iancu, A. E., Rusu, A., Măroiu, C., Păcurar, R. & Maricuțoiu, L. P. (in druk). The effectiveness of interventions aimed at reducing teacher burnout: A meta-analysis. *Educational Psychology*.
- Kant, I. J., Jansen, N. W. H., van Amelsfoort, L. G. P. M., Mohren, D. C. L. & Swaan, G. M. H. (2004). Burnout in de werkende bevolking. Resultaten van de Maastrichtse Cohort Studie. *Gedrag & Organisatie*, 17, 5–17.
- van Luijtelaar, G., Verbraak, M., van den Bunt, M., Keijsers, G. & Arns, M. (2010). EEG findings in burnout patients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22, 208–217.
- Mairiaux, P., Schippers, N., De Cia, J., Panda, J. P., Breackman, L. & Hansez, I. (2012). Prevalence of burnout among Belgian workers assessed through the occupational healthcare system. *30th International Congress on Occupational Health*. Cancún, Mexico.
- Maricuțoiu, L. P., Sava, F. A. & Butta, O. (2014). The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89, 1–27.
- Maslach, Ch., Leiter, M. P. & Jackson, S. (2017). *Maslach Burnout Inventory – Test manual (4th. Ed.)*. Menlo Park, USA: Mind Garden Inc.
- Mohren D. C., Swaan, G. M., Kant I. J., van Amelsfoort, L., Born, P. & Galema, J. (2003). Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *Journal of Psychosomatic Research* 55, 201–208.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Lindahl, B., Janlert, U. & Birgander, L. S. (2010). Burnout, working conditions and gender: Results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10, 326.
- Ormel, J., Rosmalen, J. & Farmer, A. (2004). Neuroticism: A non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 906–912.
- Perski, O., Grossi, G., Perski, A. & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58, 551–561.
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R. & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2, 19–24.
- Roelen, C. A. M., Van Hoffen, M. F. A., Groothoff, J. W., De Bruin, J., Schaufeli, W. B. & Van Rhenen, W. (2015). Can the Maslach Burnout Questionnaire and the Utrecht Work Engagement Scale be used to screen for risk of long-term sickness absence? *International Archives for Occupational and Environmental Health*, 88, 467–475.
- Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on an modern affliction* (pp. 105–127). Cham: Springer.
- Schaufeli, W. B. & van Dierendonck, D. (2000) *Handleiding van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sluiter, J. K., De Groene, J. & Nieuwenhuijsen, K. (2013). Burnout als beroepsziekte. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29, 279–286.
- Smulders, P., Houtman, I., Rijssen, J. van & Mol, M. (2013). Burnout: Trends, internationale verschillen, determinanten en effecten, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29, 258–278.
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F. et al. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*, 4(6), e393.
- Toppinen-Tanner, S., Ahola, K., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2009). Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress and Health*, 25, 287–296.