



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Follow-up na protocollaire cognitieve gedragstherapie bij burn-out: een vergelijking met depressieve stoornissen en angststoornissen

Marc Verbraak, Rebecca Warner, Mariska de Roij en Kees Hoogduin\*

---

## Samenvatting

*Dit artikel gaat in op burn-out als een populaire, maar niet officieel erkende diagnose voor werkgerelateerde, psychische problematiek. Centraal staan de vragen: hoe is burn-out te behandelen, en: blijven klachtenreductie en werkhervatting ook op termijn bestaan? We maken in een evaluatief follow-up onderzoek met een quasi-experimenteel design een vergelijking met patiënten met een depressieve stoornis of angststoornis,. Honderdachtenvijftig patiënten van wie bij het begin en aan het eind van de behandeling de gegevens van de SCL-90 in het patiëntendossier beschikbaar en volledig ingevuld waren en die bij aanvang van hun behandeling gediagnosticeerd waren met burn-out, depressie of een angststoornis, vulden 8 tot 14 maanden na hun behandeling nogmaals de SCL-90 in. Het klachtenniveau van alledrie de patiëntgroepen (burn-out N = 77, depressie N = 41, angst N = 40) was aan het eind van de behandeling fors gedaald en bleef behouden bij de follow-up. De overall klachtenreductie, uitgedrukt in de effect size van Cohen, is groot, namelijk boven de 1.34. De werkhervatting neemt toe van 36% aan het begin van de behandeling tot 91% bij de follow-up. De behandelingen van de verschillende stoornissen sorteren een vergelijkbaar effect op klachtenreductie en werkhervatting. Conclusie: burn-out is even goed behandelbaar als depressieve stoornissen en angststoornissen.*

## Inleiding

Psychische klachten vormen een belangrijke reden voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (Veerman, Schoemaker, Cuelenaere, & Bijl 2001). Toch hebben deze klachten allerminst een herkenbaar en homogeen karakter (Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid, 2002). Het betreft een breed scala aan ziektebeelden, variërend van ernstig psychiatrische ziekten (schizofrenie, psychosen, manie), stoornissen als gevolg van het gebruik van bepaalde stoffen (drugs en alcohol), tot depressie en angststoornissen. Meestal krijgen patiënten de diagnose burn-out, een diagnose die niet vermeld staat in de erkende psychiatrische classificatiesystemen, de DSM-IV (APA,

---

\* DR. M.J.P.M. VERBRAAK, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is hoofd onderzoek van de HSK Groep. Tevens is hij hoofdopleider GZ-psychologen van het SPON/ACSW Radboud Universiteit, Nijmegen, en behandelteamcoördinator van het team Angststoornissen te Almelo bij Adhesie GGZ Midden-Overijssel. Correspondentieadres: dr. M.J.P.M. Verbraak, HSK Groep, St. Annastraat 174, 6524 GT Nijmegen. E-mail: m.verbraak@hsk.nl  
DRS. R. WARNER, psycholoog, is werkzaam bij de HSK Groep, afdeling Wetenschappelijk onderzoek, Nijmegen.  
DRS. M.M. DE ROIJ, psycholoog, is werkzaam bij de Rotterdamse Mobiliteit Centrale (RMC), Rotterdam.  
PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIJN, zenuwarts, is directeur van de HSK Groep. Tevens is hij hoogleraar psychopathologie aan de Radboud Universiteit, Nijmegen, sectie Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer.

1994) en de ICD-10 (WHO, 1992). Vier procent van de werkende bevolking in Nederland heeft dusdanige klachten van burn-out, dat ze zich eigenlijk onder behandeling zou moeten stellen (Houtman, Schaufeli, & Taris, 2000).

Met enige welwillendheid is burn-out wel te herleiden tot erkende psychiatrische classificaties. Maslach en Schaufeli (1993) hebben definities van burn-out op een rij gezet. Zij concluderen dat ondanks verschillen in benadering en precisie, de meeste definities vijf gemeenschappelijke kenmerken bevatten. Hoogduin, Schaap, Methorst, Peters van Neijenhof en Van de Griendt (2001) geven de in Kader 1 beschreven diagnostische classificatie van burn-out, gebaseerd op deze vijf kenmerken. Zij gingen verder uit van de ICD-10 criteria voor werkgerelateerde neurasthenie en voegden een criterium toe betreffende afgenomen effectiviteit en verslechterde werkprestaties ten gevolge van negatieve attitudes en gedrag. Kijkend naar de DSM-IV kunnen de burn-out kenmerken nog het best geclassificeerd worden onder de rubriek ongedifferentieerde somatoforme stoornis. Hierbij is een langer dan zes maanden durende, somatisch slecht te verklaren en ook niet met een andere psychische aandoening samenhangende, lichamelijke klacht, zoals vermoeidheid, het belangrijkste symptoom. Dit symptoom veroorzaakt duidelijke spanning op of verstoring van belangrijke gebieden van het dagelijks functioneren, zoals op het werk (APA, 1994; Hoogduin et al., 2001).

#### Kader 1 Diagnostische criteria voor burn-out

- 1 Aanhoudende lichamelijke en/of geestelijke vermoeidheid, blijkend uit een vermoeibaarheid na mentale inspanning die sneller optreedt dan voorheen, of uitputting na een relatief geringe inspanning.
- 2 Twee of meer van de volgende bijkomende klachten:
  - spierpijn, rug-, nek- en gewrichtspijn;
  - duizeligheid;
  - spanningshoofdpijn;
  - slaapstoornissen;
  - moeite zich te ontspannen;
  - maag- of darmklachten;
  - toegenomen prikkelbaarheid.
- 3 Twee van de volgende verschijnselen:
  - aanwezigheid van cynisme;
  - gevoel geestelijk afgestompt te zijn;
  - gevoel dat de prestaties afgenomen zijn.
- 4 Eventueel bijkomende klachten in samenhang met de eerste twee criteria zijn onvoldoende langdurig en ernstig dat er ook sprake zou kunnen zijn van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of een generaliseerde angststoornis.
- 5 De klachten zijn gerelateerd aan werkomstandigheden.

Burn-out moet worden onderscheiden van angststoornissen en de depressieve stoornis.

Voor de meeste angststoornissen geldt dat het onderscheid met burn-out op grond van de typische kenmerken van de angststoornissen gemakkelijk te maken is. Uitzondering daarop vormt de gegeneraliseerde angststoornis. Het belangrijke verschil tussen burn-out en de gegeneraliseerde angststoornis is het feit dat de meeste patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis deze klachten al hebben zo lang zij zich kunnen

heugen; als kind waren ze al angstig. Daarnaast is de patiënt met een gegeneraliseerde angststoornis schrikachtig, nerveus en piekert hij niet alleen over het werk en daarmee gerelateerde zaken, maar ook over dagelijkse zaken als gezondheid of ongelukken van gezinsleden.

Het onderscheid met de depressieve stoornis zit in de uitgesproken depressieve stemming, op grond waarvan depressieve patiënten ook minder actief en besluitelozener zijn. Depressieve patiënten schrijven hun klachten toe aan de ziekte; burn-out patiënten aan de periode en omstandigheden die voorafgingen aan de klachten. Bij de burn-out patiënt is de stemming boos, mat verdrietig, ongelukkig, maar niet depressief. Inactiviteit en besluiteloosheid bij burn-out worden toegeschreven aan de extreme vermoeidheid, het kernsymptoom. Burn-out patiënten hebben ook wel minder plezier in dingen, maar vooral omdat ze het vanuit de vermoeidheid nauwelijks kunnen opbrengen. Dit in tegenstelling tot de depressieve patiënt die, al kan hij het wel opbrengen iets te ondernemen, er geen plezier aan zal beleven. Gewichtsverlies, gedachten aan zelfmoord en psychomotorische remming zijn ongebruikelijk bij patiënten met burn-out. Agitatie, schuld- en insufficiëntiegevoelens en slaapproblemen van de depressieve patiënt zijn van een andere orde dan die van de burn-out patiënt. Bij burn-out gaat het typisch om inslaapproblemen en zijn agitatie en schuldgevoelens begrijpelijk en realistisch verankerd in de actuele situatie. Bij een depressie gaat het veelal om vroeg ontwaken, en staan agitatie en schuldgevoelens los van de actuele situatie (Hoogduin et al., 2001).

Ervan uitgaande dat bovenstaande herleiding van burn-out tot een psychiatrische classificatie bruikbaar is, komt de vraag op hoe burn-out behandeld moet worden en bovenal wat voor effect daarvan mag worden verwacht. Publicaties over gecontroleerd en gerepliceerd onderzoek naar de behandeling van burn-out zijn nauwelijks beschikbaar. Lange, Van de Ven, Schrieken en Smit (2003) presenteerden als eersten een onderzoek, waarin patiënten met burn-out klachten at random werden toegewezen aan een experimentele behandelconditie, bestaande uit een cognitieve gedragstherapie (klachtregistratie, schrijfpodrachten, instructies voor ontspanning en slaaphygiëne, cognitieve herstructurering, socialevaardigheidsoefeningen, timemanagement, reïntegratiebegeleiding en terugvalpreventie) en een controleconditie, bestaande uit psycho-educatie. Bijzonderheid hierbij was dat beide behandelcondities via het internet werden aangeboden en uitgevoerd. In deze studie worden grote effecten gevonden ten aanzien van vermindering van typische burn-out symptomen als uitputting en stress, ten gunste van de cognitieve gedragsinterventies. Hoewel van de meer traditionele vormen van face-to-face therapieën dus geen gecontroleerde studies bekend zijn, is wel bekend dat relaxatie, stressmanagement en cognitieve interventies, onder meer gericht op het formuleren van realistische verwachtingen over het werk, leidden tot een reductie van burn-out klachten (Schaap, Keijsers, Vossen, Boelaars, & Hoogduin, 2001; Verdellen & Kriens, 2003).

Uit eigen ongecontroleerd onderzoek is gebleken dat een behandeling van burn-out op basis van een cognitief-gedragstherapeutisch behandelprotocol leidt tot een significante afname van klachten en een duidelijke toename in werkzaam zijn aan het eind van de behandeling (Versteeg & Verbraak, 2002). Dit protocol is modulair van opzet. Aansluitend bij de behoefte van de patiënt kunnen modules gekozen worden. Dit behandelprotocol bevat standaard elementen als klachtinventarisatie-, klachtregistratie- en klachtreductie-interventies in de module klachtreductie (4 tot 6

wekelijkse zittingen), en coaching in het werk en terugvalpreventie in de module recidiefpreventie (4 wekelijkse zittingen). Daarnaast kunnen patiënten kiezen uit 1 à 2 aanvullende modules als cognitieve therapie, timemanagement, conflicthantering, werkhervatting en werkgerichte interventies (sterkte-zwakteanalyse van patiënt, analyse van team, bedrijfscultuur en doeloriëntaties), alle in de regel met een duur van vier wekelijkse zittingen (Keijsers, Schaap, Vossen, Boelaars, & Van Minnen, 1997). In het ongecontroleerde onderzoek naar dit protocol bij 79 patiënten met burn-out gingen de patiënten van 20% werkzaam zijn vóór aanvang van de behandeling naar 80% van het dienstverband bij afsluiting van de behandeling. Op de SCL-90 verbeterden zij van 165 naar 115. Deze studie gaf echter geen antwoord op de vraag of deze verbeteringen in de loop van de tijd gehandhaafd bleven.

In het huidige onderzoek stellen we aan de orde of de klachtenvermindering na de protocollaire cognitieve gedragstherapie voor burn-out ook bij follow-up behouden blijft. Daarbij kijken we naar klachtenreductie en werkhervatting als maten voor verbetering. We vergelijken deze maten met de resultaten van protocollaire cognitieve gedragstherapie bij een groep patiënten met een depressieve stoornis en bij een groep met een angststoornis. Voor zowel de depressieve stoornis als de verschillende angststoornissen is cognitieve gedragstherapie de voorkeursbehandeling (Werkgroep Angststoornissen, 2003; Werkgroep Stemningsstoornissen, 2005). Zoals blijkt uit gecontroleerde studies leidt op de korte en op de lange termijn cognitieve gedragstherapie tot een significante verbetering en het behoud daarvan (Chambless & Gillis, 1993; Gloaguen, Cottraux, Cucherat, & Blackburn 1998; Heimberg, 2002; Hollon, 1998; Hunt & Andrews, 1998; Leichsenring, 2001; Taylor, 1996). Met dat als uitgangspunt gebruiken we in deze studie de cognitieve gedragstherapie als referentiepunt. De verwachting is dat de klachtenvermindering, evenals de werkhervatting bij follow-up na afronding van de cognitieve gedragstherapie nog steeds gehandhaafd zijn en dat deze bevindingen bij burn-out zich verhouden tot die van cognitieve gedragstherapie bij een depressieve stoornis of een angststoornis.

## Methodie

### *Procedure*

Het onderzoek viel uiteen in twee fasen. In de eerste fase zochten we door middel van dossieronderzoek patiënten die geschikt waren voor deelname. De proefpersonen werden geworven op verschillende vestigingen van de HSK Groep, een landelijk opererende organisatie gespecialiseerd in onderzoek en behandeling van (werkgerelateerde) psychische problematiek, namelijk in Rotterdam, Amsterdam, Den Haag, Breda, Zeist, Delft, Alkmaar en Groningen. Het onderzoek werd in februari en maart van 2003 uitgevoerd onder patiënten, die in de periode januari tot juli 2002 waren ontslagen uit behandeling. Met andere woorden: de follow-up periode besloeg minimaal 8 en maximaal 14 maanden na ontslag uit behandeling.

Bij de patiënten die we geschikt vonden voor dit onderzoek, was de SCL-90 (Symptom Checklist-90 items, een instrument naar het algehele niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren; Arrindell & Ettema, 2003) minstens twee keer afgenomen, namelijk aan het begin van de behandeling (voormeting) en bij afsluiting van de behandeling (nameting). Voor een groot deel van de groep waren er tevens interim-gegevens

(tussenmeting) beschikbaar. Dit was de meting die plaatsvond na 5-8 sessies en werd afgenomen bij het eerste evaluatiemoment.

In de tweede fase werden de geschikte patiënten per post benaderd met de vraag de SCL-90 en een korte vragenlijst over werkhervatting in te vullen en te retourneren. Na een periode van twee weken stuurden we een herinneringsbrief aan alle patiënten.

### ***Proefpersonen***

Proefpersonen werden in de regel door de bedrijfsarts of werkgever voor behandeling van psychische klachten verwezen. Behoudens eventuele medicatie via de huisarts ontvingen de patiënten niet elders een behandeling. Als inclusie criterium voor deelname aan het onderzoek werd de diagnose op de as-1 genomen, namelijk burn-out, depressieve stoornis of een angststoornis, zoals tijdens het intakegesprek met een semi-gestructureerd interview was vastgesteld. Er was sprake van een depressieve stoornis of een angststoornis, indien patiënt aan de desbetreffende criteria voor een dergelijke stoornis volgens DSM-IV voldeed (APA, 1994). Voor de criteria voor burn-out werd gebruik gemaakt van de classificatiecriteria voor werkgerelateerde neurasthenie volgens de ICD-10 (WHO, 1992; Hoogduin et al., 2001).

We sloten patiënten uit van het onderzoek bij een andere diagnose op as-1, een dubbele diagnose op as-1 (met uitzondering van één of meer angststoornissen bij de patiënten met een angststoornis), of een persoonlijkheidsstoornis op as-2. Dit was het geval bij 134 patiënten. Tevens werden de patiënten uitgesloten waarvan de dossiergegevens op de voormeting en nameting niet volledig waren; vooral de scores op de SCL-90. Bij 101 patiënten waren de gegevens onvolledig; bij 22 geen SCL-90 score als voormeting, bij 79 geen eindmeting. Het ontbreken van eindscores op de SCL-90 kwam doordat cliënten op de laatst gemaakte afspraak van een zitting niet waren komen opdagen, of door het voortijdig stopzetten van de behandeling door wisseling van de therapeut of doordat de cliënt zich tegen het einde van de behandeling voldoende hersteld voelde.

We benaderden uiteindelijk 300 patiënten, schriftelijk. De respons bestond uit 158 reacties. 77 patiënten met een burn-out reageerden (respons 54%), 41 patiënten met een depressie (respons 48%) en 40 patiënten met een angststoornis (respons 55%). De groep met angststoornissen bestond uit patiënten met angststoornissen als een paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie of posttraumatische stressstoornis. De proefpersonen waren dus onder te verdelen in twee groepen, de responders ( $N = 158$ ) en de non-responders ( $N = 142$ ).

### **Behandeling**

De patiënten die deelnamen aan het onderzoek, waren allen met een protocollaire cognitieve gedragstherapie behandeld (Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 1997; 1999). Deze behandelingen werden uitgevoerd door psychologen met minimaal een doctoraalopleiding Klinische Psychologie, Gezondheidspsychologie of Geestelijke Gezondheidskunde. De protocollen bestaan uit verschillende modules, onder andere plannen van activiteiten, ontspanningstraining, cognitieve therapie, assertiviteitstraining, exposure, timemanagement, taak-concentratietraining en

werkhervatting. De hoeveelheid tijd en aandacht die aan een module werd gespendeerd, was steeds afhankelijk van de behoefte van de cliënt. Afhankelijk van de stoornis wordt voor de typische protocollaire behandeling uitgegaan van 12 tot 16 individuele zittingen van drie kwartier. Indien nodig kon, het protocol volgend, het aantal zittingen echter verder uitgebreid worden.

## Materialen

### SCL-90

De SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) meet het klachtenniveau van de week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Het is een vragenlijst met 90 vragen over het voorkomen en de ernst van psychopathologie. Daarmee is het een algemene klachtenlijst. Voordeel daarvan is dat verschillende groepen kunnen worden vergeleken, in dit geval op de totaalscore. Het nadeel is dat een algemene lijst minder gevoelig voor verandering is dan meer klacht- of diagnosespecifieke instrumenten. Twee voorbeelden van vragen zijn: 'De afgelopen week: in welke mate werd u gehinderd door hoofdpijn?' en 'De afgelopen week: in welke mate werd u gehinderd door weinig eetlust hebben?' Antwoordmogelijkheden variëren van 1 = *helemaal niet* tot 5 = *heel erg*. De minimale score op de SCL-90 is 90 punten, de maximale 450. De vragenlijst is gevalideerd en genormeerd voor de Nederlandse populatie en kent een hoge betrouwbaarheid (test-hertestcorrelatie  $r = .82$ ). Een score van 118 op de SCL-90 is het middelpunt van de gemiddelde normscore (range van 113 – 123) voor de gewone Nederlandse populatie.

### Werkhervattingvragenlijst

Werkhervatting werd gemeten met een zelfgeconstrueerde vragenlijst. De patiënt werd gevraagd naar het aantal uren van het officiële dienstverband en het aantal uren dat men daadwerkelijk aan het werk was op drie tijdstippen, namelijk aan het begin van de behandeling, bij afsluiting van de behandeling en op het moment van de follow-up. Deze gegevens gebruikten we om het percentage dat een patiënt werkzaam was, op de verschillende meetmomenten te berekenen. Omdat deze vragenlijst gebaseerd is op retrospectie bestaat er een kans op interne normverschuiving; de herinnering kan worden gekleurd door hoe het er nu met de patiënt voorstaat. Om na te gaan of de kans dat dit ook werkelijk is gebeurd groot is, zijn de werkhervattinggegevens verkregen met de vragenlijst vergeleken met informatie die bekend was over werkhervatting uit de dossiers. Van 59 patiënten was het aantal uren aan het werk aan het begin van de behandeling en aan het eind van de behandeling bekend. Volgens deze informatie werkte men aan het begin van de behandeling gemiddeld 28,1% (SD 37,4) van het aantal contract uren en aan het eind van de behandeling gemiddeld 73,5% (SD 34,3). Uit de werkhervattingvragenlijst van diezelfde personen komt naar voren dat men aan het begin van de behandeling gemiddeld 30,8% (SD 40,3) van het aantal contracturen werkte en aan het eind van de behandeling gemiddeld 79,8% (SD 26,4;  $N = 59$ ). Door middel van een gepaarde t-toets zijn de gegevens uit de dossiers vergeleken met de gerapporteerde gegevens. Hieruit blijkt dat er geen significant verschil is tussen de dossiergegevens en de gerapporteerde gegevens aan het begin van de behandeling ( $t = -.545$ ,  $df 58$ ,  $p = .588$ , two-tailed) en aan het eind van de behandeling ( $t = -1.244$ ,  $df 56$ ,  $p = .219$ , two-tailed). Dit betekent dat we er vanuit kunnen gaan dat er bij de

gerapporteerde gegevens geen significante interne normverschuiving heeft plaatsgevonden, waardoor interpretatie gewoon mogelijk is.

Naast werkhervattinggegevens werd ook gevraagd naar achtergrondvariabelen, namelijk opleiding en sector van de arbeidsmarkt waarin men werkzaam is. Daarnaast is er gevraagd naar andere psychologische behandelingen die gevolgd zijn na de behandeling.

## Resultaten

### *Deelnemers: kenmerken van de deelnemers en behandelgroepen*

De kenmerken van de te onderscheiden groepen responders en non-responders zijn weergegeven in Tabel 1. Op basis van  $\chi^2$ - en  $t$ -toesten bleken er geen significante verschillen te bestaan op deze kenmerken tussen beide groepen.

**Tabel 1 Kenmerken van de responders en non-responders.**

		Responders N = 158 (52.7%)		Non-responders N = 142 (47.3%)		
		N	%	N	%	
Sekse	Man	88	55.7	75	52.8	$\chi^2 = .250$ , $df = 1$ , n.s.
	Vrouw	70	44.3	67	47.2	
Diagnose	Burn-out	77	48.7	65	45.8	$\chi^2 = .941$ , $df = 2$ , n.s.
	Depressie	41	26.0	44	31.0	
	Angst	40	25.3	33	23.2	
		gem.*	SD*	gem.	SD	
Leeftijd		42.6	9.3	41.0	9.5	$t = 1.375$ , $df = 277$ , n.s.
Aantal sessies		16.0	6.9	15.3	6.2	$t = .958$ , $df = 293$ , n.s.
SCL-90 score VM*		180.0	50.3	185.3	44.4	$t = -.951$ , $df = 298$ , n.s.
SCL-90 score TM*		147.6	41.8	149.0	43.5	$t = -.246$ , $df = 210$ , n.s.
SCL-90 score NM*		121.5	27.2	124.4	32.7	$t = -.851$ , $df = 297$ , n.s.

\* gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; VM = voormeting; TM = tussenmeting; NM = nameting

Op basis van  $\chi^2$ - en  $t$ -toesten bleek met betrekking tot kenmerken als geslacht ( $\chi^2 = .411$ ,  $df = 2$ , n.s.), leeftijd ( $F(2,155) = 7.084$ ,  $p = .001$ ) en aantal behandelsessies ( $F(2,155) = 1.138$ , n.s.) van de patiënten met een burn-out, een depressie of een angststoornis binnen de groep van responders alleen een significant verschil te bestaan op leeftijd tussen deze drie groepen. De burn-out groep bestond uit 42 mannen en 35 vrouwen, de gemiddelde leeftijd was 44.6 jaar ( $SD = 9.2$ , range 25-60) en het gemiddelde aantal behandelsessies bedroeg 15.8 ( $SD = 6.9$ , range 4-39). Binnen de depressie- en angststoornisgroep waren deze kengetallen respectievelijk 22 mannen, 19 vrouwen, 43.4 jaar ( $SD = 8.2$ , range 18-58), 17.4 behandelsessies ( $SD = 6.5$ , range 4-30), en 24 mannen, 16 vrouwen, 38.4 jaar ( $SD = 9.2$ , range 21-54), 15.2 behandelsessies ( $SD = 7.4$ , range 4-37). Van deze groep responders in z'n geheel was bekend dat 34.8% een middelbare beroepsopleiding (MBO of lager) had gevolgd, 43.0% een hogere beroepsopleiding (HBO of gelijkwaardig) en 20.9% een universitaire opleiding (WO). Van twee deelnemers ontbraken deze gegevens. De belangrijkste sectoren waarin



patiënten werkten, waren gezondheidszorg en welzijn (11.4%), financiële instellingen (20.9%), rijksoverheid (15.8%) en politie (12.7%).

10 van de 158 responders (6.3%) hadden na afsluiting van hun behandeling nog hulp gezocht bij een andere instantie. 8 van de 77 patiënten in de burn-out groep gebruikten gedurende hun behandeling tevens medicatie. Ten aanzien van de patiënten in de depressie- en angststoornisgroep gold dat respectievelijk 12 en 7 patiënten medicatie gebruikten. De dosering van deze medicatie bleef gedurende de behandeling steeds constant.

### ***Klachtenreductie***

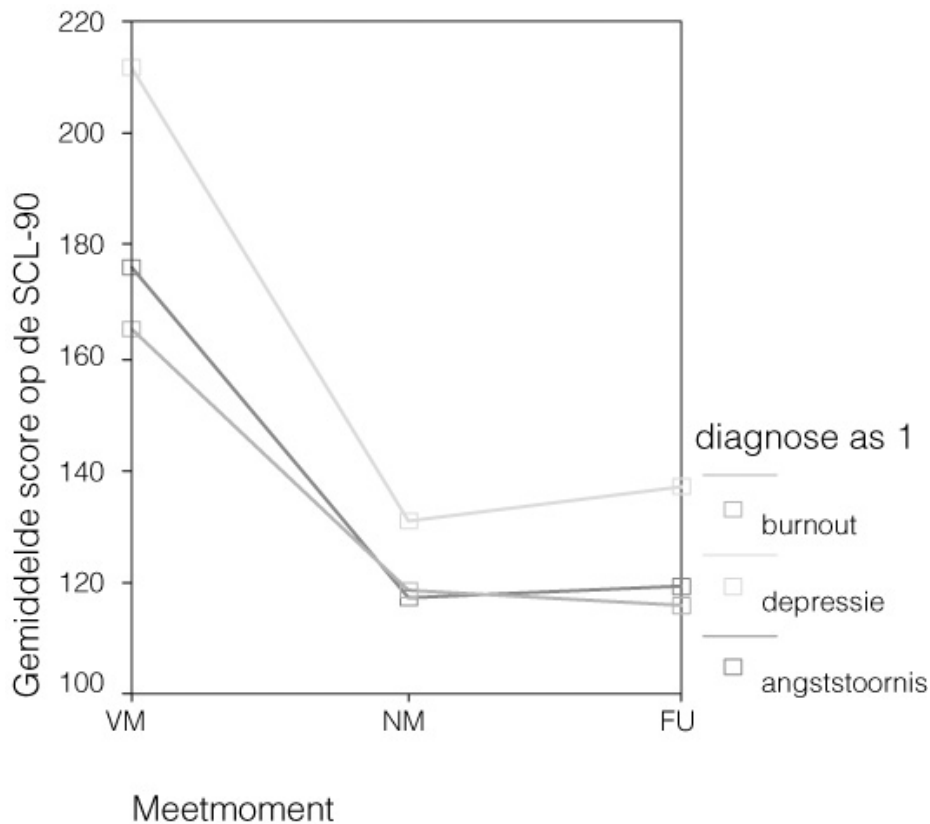
We hebben de grootte van de klachtenvermindering (zie Figuur 1 en Tabel 2) uitgedrukt in effect size. Deze effect size is berekend door middel van Cohen's  $d$  (Cohen, 1988), middels de formule aangepast voor herhaalde metingen ( $d = t_c [2(1-r)/n]^{1/2}$ ; waar  $t_c$  de uitkomst is van de t-test voor gepaarde samples en  $r$  de correlatie tussen de gepaarde variabelen; zie Dunlap, Cortina, Vaslow, & Burke, 1996). De effect size is een index van het verschil tussen de gemiddelde waarden van twee variabelen, uitgedrukt in standaarddeviaties. Volgens Cohen is een effect size van .20 'gering', een effect size van .50 'matig/redelijk' en een effect size van .80 en hoger 'groot'.<sup>1</sup>

De grootte van de klachtenreductie gemeten van de voormeting tot aan de nameting is 1.36 over de gehele groep van responders. De grootte van de klachtenreductie gemeten van de voormeting tot aan de follow-up blijkt 1.34. De effect size bij de groep patiënten met burn-out gemeten van de voormeting tot aan de nameting is 1.26 en van de voormeting tot aan de follow-up is dit 1.37. Voor depressie is dit respectievelijk 1.93 en 1.72 en voor angststoornissen 1.35 en 1.28. In alle gevallen is er sprake van een grote klachtenreductie. De vergelijking van het verloop van de klachtenvermindering tussen de verschillende diagnoses met behulp van een ANOVA met herhaalde metingen, met de voormeting als covariaat ter correctie van het verschil op de voormeting tussen de drie diagnoses, laat geen significante verschillen zien tussen de 3 groepen ( $F(2,154) = 1.471, p = 0.233$ ).

**Tabel 2** Behandelingseffect op klachtenniveau als gemeten met de SCL-90 totaalscore.

	Voormeting			Tussenmeting			Nameting			Follow-up		
	N	gem.*	SD*	N	gem.	SD	N	gem.	SD	N	gem.	SD
Burn-out	77	165.3	42.4	61	142.5	41.9	77	118.6	26.5	77	116.0	23.2
								$d^* = 1.26$			$d = 1.37$	
Depressie	41	211.5	49.7	30	157.6	43.3	41	131.1	28.9	41	137.2	34.5
								$d = 1.93$			$d = 1.72$	
Angst	40	176.2	51.6	30	147.9	39.5	40	117.1	24.7	40	119.2	31.8
								$d = 1.35$			$d = 1.28$	
Totaal responders	158	180.0	50.3	121	147.6	41.8	158	121.5	27.2	158	122.3	29.9
								$d = 1.36$			$d = 1.36$	

\* gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; d = effect size



*Figuur 1 Klachtafname op de voormeting, nameting en follow-up van patiënten met burn-out, depressie of angststoornissen.*

Om de mogelijkheid te controleren dat de goede resultaten te danken zijn aan het medicatiegebruik van een aantal patiënten, werden de analyses met dezelfde gegevens maar dan zonder de patiënten met medicijnen uitgevoerd. Dit veranderde niets aan de resultaten. Het medicatiegebruik heeft het onderzoek dus niet beïnvloed. Ook een heranalyse waarin rekening werd gehouden met de tijd verstreken tussen nameting en follow-up, minimaal 8 maanden en maximaal 14 maanden, leverde geen andere uitkomsten op.

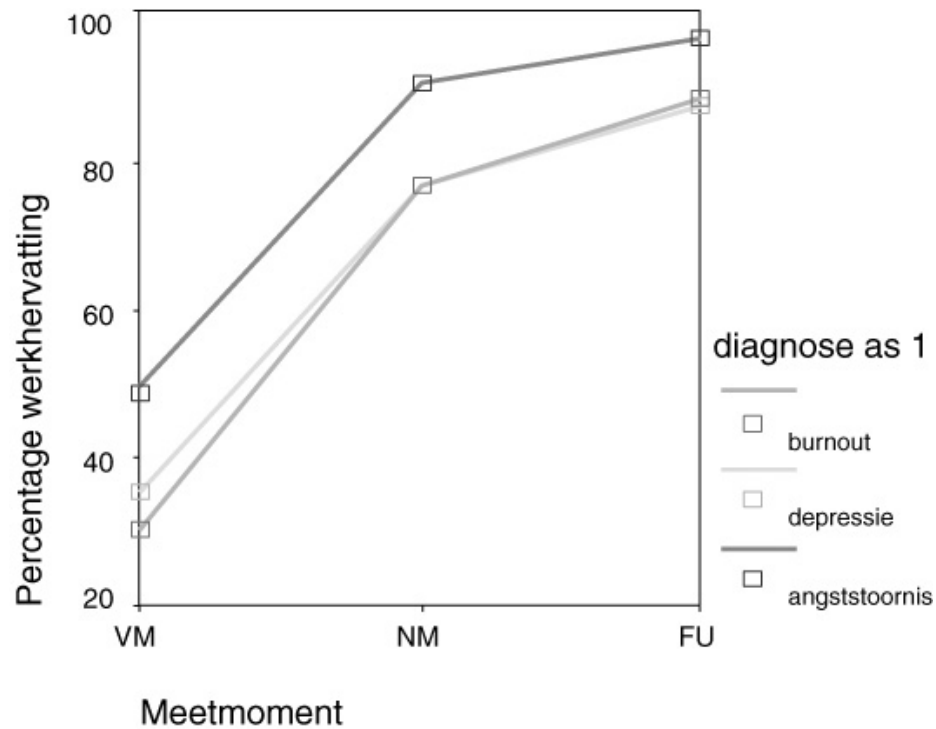
### ***Werkhervatting***

Op de voormeting werken de responders 36% (SD 42.6) van hun officiële dienstverband. Op de nameting werken de responders 81% (SD 31.2) en bij de follow-up 91% (SD 28.9). De daadwerkelijk gewerkte uren, de officiële contracturen en het percentage gewerkte uren van het officiële dienstverband zijn per diagnose weergegeven in Tabel 3. De werkhervatting is grafisch weergegeven in Figuur 2. Er bestaat geen significant verschil in het verloop van de mate van werkhervatting tussen de verschillende diagnoses wanneer de voormeting als covariaat wordt meegenomen ( $F(2,143) = 1.262$ ,  $p = 0.286$ ).

**Tabel 3 Het gemiddelde en de standaardafwijking van het officiële dienstverband en de daadwerkelijk gewerkte uren en het percentage en de standaardafwijking van de gewerkte uren in verhouding tot het officiële dienstverband op de voormeting, nameting en follow-up.**

	Voormeting				Nameting				Follow-up			
	Contracturen	uren gewerkt	%		contracturen	uren gewerkt	%		contracturen	uren gewerkt	%	
	N	gem./SD	gem./SD	gem./SD	N	gem./SD	gem./SD	gem./SD	N	gem./SD	gem./SD	gem./SD
Burn-out	77	35.1/5.9	10.4/14.3	29.5/39.5	75	33.9/6.8	26.4/11.7	77.0/32.8	75	31.6/9.2	29.2/12.8	89.2/31.7
Depressie	41	34.4/7.9	12.0/15.0	37.5/44.5	41	31.5/10.2	24.6/12.8	77.0/33.9	41	32.1/8.4	28.3/12.4	88.4/28.2
Angst	39	36.1/4.1	17.6/16.6	48.1/44.9	39	35.2/7.2	32.6/10.6	91.3/22.2	37	36.5/12.1	34.0/8.4	96.9/22.9
Totaal responders	157	35.2/6.1	12.6/15.3	36.2/42.6	155	33.6/8.0	27.5/12.1	80.6/31.2	153	32.9/9.9	30.1/11.9	90.8/28.9

\* gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie



*Figuur 2 Werkhervatting in percentages op de voormeting, nameting en follow-up van patiënten met burn-out, depressie of een angststoornis.*

## Discussie

In het onderzoek werd aan de orde gesteld of een klachtvermindering tijdens een protocollaire cognitieve gedragstherapie voor burn-out na afsluiting van de behandeling, evenals bij de angststoornis en de depressie, ook bij follow-up behouden blijft. Uit de hier gepresenteerde resultaten blijkt dit zowel met betrekking tot klachtenreductie als werkhervatting het geval te zijn. De huidige studie geeft aan dat patiënten met burn-out na een behandeling van gemiddeld 16 sessies een klachtvermindering (gemeten met de SCL-90) laten zien van 165 naar 119 en dat dit niveau bij follow-up, 8 tot 14 maanden later, verder gedaald is naar 116. Hierbij dient opgemerkt te worden dat een score van 118 op de SCL-90 de normscore is voor de Nederlandse populatie (Arrindell & Ettema, 2003). De hierbij gevonden, groot te noemen effect sizes van 1.26 en 1.37 bij respectievelijk na- en follow-upmeting onderstrepen het gunstige resultaat met betrekking tot de klachtenreductie. Met betrekking tot werkhervatting zijn de patiënten in de huidige studie aan het eind van hun behandeling gemiddeld voor 77% van hun feitelijke dienstverband aan het werk, waar dit bij aanvang slechts 30% was. Bij follow-up is dat percentage gestegen naar 89%.

Het verloop van de klachten bij patiënten met burn-out is in deze studie vergelijkbaar met de resultaten van protocollaire cognitieve gedragstherapie bij een groep patiënten met een depressieve stoornis en een groep met een angststoornis. Patiënten met burn-out blijken wat betreft mogelijkheden voor herstel onder behandeling met cognitieve gedragstherapie niet onder te doen voor patiënten met de erkende psychiatrische classificaties angststoornis of depressieve stoornis, indien deze behandeld worden met cognitieve gedragstherapie (vergelijk Chambless & Gillis, 1993; Gloaguen et al., 1998; Heimberg, 2002; Hollon, 1998; Hunt & Andrews, 1998; Leichsenring, 2001; Taylor, 1996). Een overeenkomstig patroon kan in de huidige studie eveneens worden vastgesteld bij de drie patiëntgroepen als het gaat om de mate van werkhervatting. Het klachtenverloop van de patiënten met burn-out lijkt eveneens overeenkomst te vertonen met dat van de patiënten met burn-out klachten uit het gecontroleerde onderzoek van Lange et al. (2003). Ook in die studie hebben de patiënten gemiddeld zo'n 15 zittingen nodig om een dusdanig goed effect te bereiken dat de behandeling afgesloten kan worden.

Ondanks het gunstige verloop blijkt ook wel dat niet iedereen helemaal klaar was met behandeling. Zes procent van de patiënten geeft bij follow-up aan na de behandeling nog psychologische hulp te hebben gezocht bij een andere instantie. De goede resultaten zouden voor een deel aan het eventuele medicatiegebruik van een aantal patiënten toe te schrijven kunnen zijn. Bij heruitvoering van de analyses met dezelfde gegevens, maar nu zonder de patiënten met medicijnen veranderde er echter niets aan de resultaten.

Uiteraard kunnen bij de resultaten van deze studie kanttekeningen geplaatst worden. Zo zou het vergelijkbare patroon van herstel van de drie onderzochte groepen verklaard kunnen worden door de aannames dat burn-out een vorm van een depressie (zie bijvoorbeeld Meier, 1984) of een angststoornis is, of dat de groep van patiënten met burn-out gekenmerkt wordt door comorbide angststoornissen of depressieve stoornissen. Zoals in de inleiding al uiteengezet is, is burn-out diagnostisch wel degelijk te onderscheiden van een depressieve stoornis of angststoornis. Daarnaast geeft onderzoek inmiddels aan dat burn-out en depressie niet eenzelfde toestandbeeld zijn

(Glass & McKnight, 1996). Met behulp van het semi-gestructureerde interview bij de intake waren de burn-out patiënten met een comorbide angststoornis of depressieve stoornis daarom juist geëxcludeerd voor deelname aan deze studie. Op deze wijze werd voor alle zekerheid getracht expliciet rekening te houden met de eventuele kritiek op de diagnose burn-out als vorm van een andere stoornis.

Een tweede kanttekening betreft de generaliseerbaarheid van de resultaten. Conclusies omtrent patiënten met burn-out en comorbide as-1- en as-2-stoornissen zijn op grond van deze studie dan ook niet te trekken, aangezien zij uitgesloten werden van het onderzoek. Samen met de patiënten met een angst- of stemmingsstoornis en daarnaast comorbide stoornissen maakten zij 25% uit van het oorspronkelijke totale cohort van 535 patiënten, een aanzienlijk deel. Het is niet uitgesloten dat de weggelaten groep patiënten een groep is met ernstigere klachten en daarmee mogelijk ook een minder gunstig verloop. De verwachting is evenwel dat ook deze groep gebaat is bij een protocollaire cognitieve gedragstherapie. Nader onderzoek naar het klachtenverloop van deze groep onder behandeling is echter wenselijk.

Een derde kanttekening die gemaakt kan worden is dat de effect sizes gevonden in deze studie dan wel groot ( $> 1.25$ ) genoemd kunnen worden, maar toch wat aan de ondergrens lijken te blijven in vergelijking met de effect sizes van andere studies naar stoornisspecifieke behandelingen. Zo liggen de pre-post effect sizes van dit soort studies in de regel tussen de 1 en 3 (Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2004). Maar de grootte van effect sizes wordt mede bepaald door de sensitiviteit van de meetinstrumenten, die gebruikt worden om de ernst van de symptomen te meten. In de hier gepresenteerde studie is gewerkt met een algemeen bruikbare maat voor het meten van de ernst, namelijk de SCL-90, om op die manier de drie stoornisgroepen directer met elkaar te kunnen vergelijken. Het voordeel van deze directe vergelijking heeft als nadeel dat een minder stoornisspecifiek gevoelig instrument gebruikt is. Hoe stoornisspecifieker het instrument, hoe gevoeliger dit instrument is om veranderingen in de stoorniseigen klachten in kaart te brengen. Ingezet als breed instrument kent de SCL-90 daarmee meer ruis, hetgeen de grootte van de effect size toch wat reduceert (Keijsers et al., 2004). Daar staat tegenover dat de hier gepresenteerde effect sizes overeenkomen met, en zelfs wat hoger blijken te liggen dan die vastgesteld in andere onderzoeken, waarin eveneens van de SCL-90 als uitkomstmaat gebruik werd gemaakt (Arrindell & Ettema, 2003).

Aanvullende kanttekeningen zijn de mogelijke generaliseerbaarheid van deze bevindingen naar de gehele groep van behandelde patiënten en het retrospectieve karakter van de vragenlijst over werkhervatting. Er is getracht hiervoor te controleren door de responders met de non-responders te vergelijken op voor- en nameting op een aantal persoonskenmerken, op aantal behandelsessies en op klachtenniveau. Er worden dan geen verschillen gevonden, waardoor de groepen overeenkomstig lijken te zijn. De mogelijkheid blijft echter bestaan dat een van de redenen waarom de non-responders niet aan het onderzoek hebben willen meedoen, gelegen is in het feit dat een aantal van hen een terugval heeft beleefd. Een responsebias voor het follow-updeel van dit onderzoek blijft dus mogelijk. Voor het retrospectieve karakter van de vragenlijst over werkhervatting is gecontroleerd. Daarbij blijken de data rond werkhervatting zowel valide als betrouwbaar te zijn.

Wat uiteindelijk wenselijk wordt geacht is het gebruik van een controlegroep. Te denken valt aan een groep die geen behandeling krijgt (wachtlisjconditie) of een groep die een placebobehandeling krijgt. Daarmee zou in de onderlinge vergelijking de gevonden klachtvermindering ook duidelijker aan de behandeling toegeschreven kunnen worden. Als in de behandelinstelling waar het onderzoek werd uitgevoerd echter geen wachtlijst is, valt van een dergelijke conditie uiteraard moeilijk gebruik te maken. Het alternatief, het aanbieden van een placebobehandeling aan patiënten die ziek thuis zitten, stuit al snel op allerlei ethische en maatschappelijke bezwaren.

Het belang van het hier gepresenteerde onderzoek is dat het voorziet in een invulling op de leemte betreffende de kennis van de behandeling van burn-out – ook op de langere termijn en niet alleen wat betreft klachtenreductie, maar ook werkhervatting – binnen een context van de kennis die wel voorhanden is, namelijk die van de behandeling van angststoornissen en depressieve stoornissen. De conclusie die hier getrokken kan worden is dat het verloop van klachten bij burn-out, angst en depressie onder therapie, en daarna, vergelijkbaar is.

---

### **Abstract**

*Burn-out is a popular diagnosis, but it is not an official DSM-IV disorder. The main focus of this article is on the symptom reduction of burn-out under cognitive-behavioral therapy (CBT) at follow-up 8 to 14 months after treatment. Symptom reduction is defined as reduction of complaints, measured with the SCL-90, and resumption of work. The results of patients with a burn-out are compared with those of patients with a depressive or anxiety disorder. It is a naturalistic and comparative follow-up study of a quasi-experimental design. One hundred and fifty eight patients returned the questionnaires sent to them at follow-up. All three patient groups (burn-out N = 77, depression N = 41, anxiety N = 40) showed clear and comparable reduction of complaints, which was maintained at follow-up. The overall effect size for the combined groups was large (Cohen's  $d = 1.34$ ). Resumption of work after treatment was large for all three groups and further increased until follow-up. At follow-up all former patients had resumed work for 91% of their actual employment contract. Patients with a burn-out show a pattern of severity and response comparable to that of patients with an anxiety or depressive disorder treated with CGT.*

### **Noot**

- 1 Deze zelfde effect size kan ook geïnterpreteerd worden als de mate waarin de verdeling van de scores over de proefpersonen op de na- of follow-upmeting niet meer overlappen met die op de voormeting. Zo betekent een effect size van .50 dat 33.0% van de verdelingen niet met elkaar overlapt, een effect size van .80 dat 47.4% niet met elkaar overlapt en een effect size van 1.3 dat 65.3% geen overlap vertoont (Cohen, 1988).

### **Referenties**

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV.

- Chambless, D.L., & Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (Commissie Donner I) (2002). *2e Tussenrapport Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd. ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dunlap, W.P., Cortina, J.M., Vaslow, J.B., & Burke, M.J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measure designs. *Psychological Methods*, 1, 170-177.
- Glass, D.C., & McKnight, J.D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology and Health*, 11, 23-48.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Heimberg, R.G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51, 101-108.
- Hollon, S.D. (1998). What is cognitive behavioural therapy and does it work. *Current Opinion in Neurobiology*, 8, 289-292.
- Hoogduin, C.A.L., Schaap, C.P.D.R., Methorst, G.J., Peters van Neijenhof, C.R., & Griendt, J.M.T.M. van de (2001). Burnout: klinisch beeld en diagnostiek. In: C.A.L. Hoogduin, W.B. Schaufeli, C.P.D.R. Schaap & A.B. Bakker (red.), *Behandelingsstrategieën bij burnout* (pp. 1-12). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Houtman, I., Schaufeli, W.B., & Taris, T.W. (2000). *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses*. Alphen a/d Rijn: Samson.
- Hunt, C.P.H.D., & Andrews, G.M.D. (1998). Long-term outcome of panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 395-406.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (1997). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (1999). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004). Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (redactie), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I. Tweede, herziene druk* (p 1-31). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R., Vossen, C.J.C., Boelaars, V., & Minnen, A. van (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met burnout. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (redactie), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (pp. 211-253). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lange, A., Ven, J.P. van de, Schrieken, B., & Smit, M. (2003). Interapy Burn-out: preventie en behandeling van burn-out via het internet. *Dth*, 23, 121-145.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Washington: Taylor & Francis.
- Meier, S.T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 211-219.
- Schaap, C.P.D.R., Keijsers, G.P.J., Vossen, C.J.C., Boelaars, V.A.J.M., & Hoogduin, C.A.L. (2001). Behandeling van burnout. In: C.A.L. Hoogduin, W.B. Schaufeli, C.P.D.R. Schaap, & A.B. Bakker (redactie), *Behandelingsstrategieën bij burnout* (pp. 62-81). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-73.
- Veerman, T.J., Schoemaker, C.G., Cuelenaere, B., & Bijl, R.V. (2001). *Psychische arbeidsongeschiktheid. Een overzicht van actuele feiten en cijfers*. Doetinchem: Elsevier bedrijfsinformatie.
- Verdellen, C.W.J., & Kriens, S. (2003). De tertiaire preventie van burnout: behandeling en terugvalpreventie. In: M.J.P.M. Verbraak (redactie), *Preventie van verzuim als gevolg van werkstress, burnout en overige psychische klachten: Achtergronden, instrumenten en interventies* (pp. 145-60). Nijmegen: Cure & Care Publishers.

- Versteeg, A.M., & Verbraak, M.J.P.M. (2002). De effecten van de behandeling van burnout. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 10, 164-169.
- Werkgroep Angststoornissen (2003). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- Werkgroep Stemningsstoornissen (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.