



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

Nadere verkenning van de psychometrische kwaliteiten van de BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS): wat valt er te meten?

Marc Verbraak, Jeroen Kleyweg, Jolande van de Griendt,
Kees Hoogduin

SAMENVATTING Deze studie beschrijft de verdere ontwikkeling van een nieuwe vragenlijst voor burnout: de BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS). De BO-NKS is oorspronkelijk opgezet met als doel de ernst van klinische burn-out (werkgerelateerde neurasthenie) te meten. In dit onderzoek ligt de nadruk op het nader vaststellen van de psychometrische kwaliteiten van de BO-NKS.

Aan de hand van itemanalyses en een factoranalyse werd de vragenlijst teruggebracht naar 15 items, verdeeld over drie schalen: onrust, uitputting en lichamelijk ongemak. De testbetrouwbaarheid van de schalen bleek goed tot zeer goed (tussen de .77 en .92). De convergente validiteit bleek vooral in de richting van distress met daarnaast uitputting en somatisatie te wijzen. De BO-NKS kon de mensen met burn-out echter niet onderscheiden van de mensen met een andere psychische stoornis.

Geconcludeerd wordt dat de psychometrische eigenschappen van de BO-NKS weliswaar goed zijn, maar dat de BO-NKS onvoldoende specifiek burn-out meet. De schaal is niet in staat klinische burn-out te detecteren, als zoiets al bestaat. De BO-NKS lijkt vooral een maat voor psychische klachten in het algemeen.

DR. M.J.P.M. VERBRAAK is klinisch psycholoog, werkzaam als inhoudelijk directeur bij de HSK Groep en als hoofdopleider GZ-psychologen regio Midden-Oost Nederland bij SPON/ACSW Radboud Universiteit Nijmegen. Correspondentie: Dr. M.J.P.M. Verbraak, HSK Groep, Velperweg 67, 6824 BG Arnhem. E-mail: m.verbraak@hsk.nl.

J.H.M. KLEYWEG, MSc. is psycholoog, wetenschappelijk onderzoeker voor de HSK Groep en tevens werkzaam als therapeut bij de HSK Groep te Arnhem. DR. J.T.M. VAN DE GRIENDT is GZ-psycholoog/gedragstherapeut, werkzaam bij HSK Den Bosch en tevens verbonden aan de afdeling Onderzoek van de HSK Groep.

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN is zenuwarts, directeur van de HSK Groep.

Inleiding

De meest gebruikte vragenlijst voor het meten van burn-out is de Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1986). In meer dan 90% van alle wetenschappelijke publicaties over burn-out wordt deze vragenlijst gebruikt als indicator van de (mate van) aanwezigheid van burn-out (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). De MBI is in Nederland vertaald en bewerkt door Schaufeli en Van Dierendonck (2000) tot de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS). De MBI en UBOS bestaan uit drie schalen die emotionele uitputting, depersonalisatie (op te vatten als een in hoofdzaak cynische, onverschillige en afstandelijke houding) en mate van persoonlijke bekwaamheid meten. Deze drie schalen komen overeen met de definitie die Maslach en Jackson (1986) geven aan burn-out. De UBOS en MBI mogen zich vooral binnen de terreinen van de arbeids- en organisatiepsychologie en de sociale psychologie in een grote populariteit verheugen.

Over de toepasbaarheid van de UBOS in het klinische werkveld heerst echter onvrede. Uit de praktijk komt naar voren dat mensen die hulp zoeken in verband met burn-outklachten, vaak niet meer of onvoldoende werkzaam zijn om betrouwbaar de vragenlijst in te vullen. De inhoud van de items verwijst immers steeds naar het beleven op het werk. Omdat er geen alternatief is, wordt deze personen toch gevraagd de UBOS schattend in te vullen, als waren ze nog aan het werk. Dat levert geen valide metingen op. Daarnaast zijn de kenmerken van burn-out zoals oorspronkelijk door Maslach en Jackson (1986) beschreven, inmiddels vanuit de klinische praktijk aangevuld met een aantal specifiekere klachten of symptomen waarvan een patiënt wanneer die eenmaal een burn-out heeft, (bijna) voortdurend last heeft (Hoogduin, Schaap, Methorst, Peters van Neijenhof, & Van de Griendt, 2001). In de klinische praktijk wordt burn-out bij voorkeur opgevat als een syndroom en daarmee gebruikt als diagnose.

Maslach en Schaufeli (1993) kwamen na een uitvoerige inventarisatie van een aantal mogelijke definities van burn-out als diagnose tot de conclusie dat, ondanks verschillen in benadering en precisie van deze definities, de meeste ervan vijf gemeenschappelijke kenmerken bevatten. Op de eerste plaats overheersen de vermoeidheidssymptomen zoals emotionele of mentale uitputting, snelle vermoeibaarheid en moedeloosheid. Daarnaast is er sprake van een aantal atypische aan stressgerelateerde lichamelijke klachten als hoofdpijn, spierpijnen en prikkelbaarheid. Op de derde plaats zijn de klachten werkgerelateerd. Ten vierde komen deze klachten voor bij 'normale' mensen, met andere woorden: bij mensen die geen last hebben van een andere psychische stoornis. En ten slotte is er sprake van een afgenomen effectiviteit en verslechterde werkprestaties ten gevolge van negatieve attitudes en gedrag.

Diagnostische criteria voor de diagnose burn-out worden niet gegeven in de bestaande psychiatrische classificatiesystemen. Burn-out wordt in de ICD-10 (WHO, 1992) wel vermeld. Echter zonder specifieke criteria, behalve dan dat werkgerelateerde burn-out (code Z73.0) moet worden onderscheiden van neurasthenie (code F48.0), juist door de relatie met werkomstandigheden. Het klinische beeld van burn-out wordt in dat licht opgevat als neurasthenie-gerelateerd aan de werkomstandigheden. Van neurasthenie is volgens de ICD-10 sprake als aan de eerste drie kenmerken in kader 1 wordt voldaan. Hiermee komen deze kenmerken, samen met de eis dat ze gerelateerd dienen te zijn aan de werkomstandigheden, aardig overeen met de eerste vier kenmerken van burn-out zoals die door Maslach en Schaufeli (1993) zijn vastgesteld. Om ook het vijfde kenmerk van Maslach en Schaufeli in de definitie voor werkgerelateerde neurasthenie te kunnen opnemen, hebben Hoogduin et al. (2001) voorgesteld om criterium 4 in kader 1 aan de diagnostische criteria toe te voegen.

Kader 1 Criteria voor werkgerelateerde neurasthenie

1. Een aanhoudende lichamelijke en/of geestelijke vermoeidheid. Deze komt vooral tot uiting in het sneller dan voorheen vermoeid zijn na mentale inspanning of in uitputting na een relatief geringe lichamelijke inspanning.
2. Er is sprake van twee of meer van de volgende bijkomende klachten:
 - spierpijn en rug-, nek- en/of gewrichtspijn;
 - duizeligheid;
 - spanningshoofdpijn;
 - slaapstoornissen;
 - moeite zich te ontspannen;
 - maag- of darmklachten;
 - toegenomen prikkelbaarheid.
3. Het mag niet zo zijn dat eventueel nog andere klachten in samenhang met de eerste twee criteria voldoende langdurig en ernstig zijn, zodat er ook sprake zou kunnen zijn van een depressieve stoornis, een paniekstoornis of een gegeneraliseerde angststoornis.
4. De aanwezigheid van twee van de volgende verschijnselen:
 - cynisme;
 - het gevoel geestelijk afgestompt te zijn;
 - het gevoel dat de prestaties verminderd zijn.

Kijkend naar de DSM-IV (APA, 1994) kan burn-out als klinische diagnose of werkgerelateerde neurasthenie nog het best geïnclassificeerd worden onder de rubriek 'ongedifferentieerde somatoforme stoornis' (Hoogduin et al., 2001). Een patiënt die voldoet aan de DSM-IV-criteria voor een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, voldoet aan vier van de vijf kenmerken die door Schaufeli en Maslach (1993) worden onderscheiden als kenmerkend voor klinische burn-out; alleen het werkgerelateerde karakter komt niet terug in de DSM-definitie van de ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In de DSM-VI is neurasthenie vanwege de controverse rondom de validiteit van het concept verdwenen als een opzichzelfstaande categorie. Neurasthenie is in een bijzin geschaard onder de ongedifferentieerde somatoforme stoornis (Hickie, Hadzi-Pavlovic, & Ricci, 1997). Neurasthenie als diagnostische classificatie is, net als burn-out, zo controversieel vanwege de overlap die ze zou vertonen met vooral de angst- en stemmingsstoornissen (Glass & McKnight, 1996; Hickie, Davenport, Issakidis, & Andrews, 2002; Hickie et al., 1997). Door Goldberg en Bridges (1991) wordt gesteld dat neurasthenie de meer lichamelijke, fysieke aspecten van angst en depressie weerspiegelt, en daarmee dus overbodig is als aparte diagnose. Al is er onderzoek dat deze stelling ondersteunt, tegelijkertijd zijn er bevindingen die laten zien dat neurasthenie voorkomt zonder dat er sprake is van een of andere psychische stoornis (Hickie et al, 2002; Van der Linden et al, 1999). Datzelfde geldt voor burn-out. Zo ziet Hallsten (1993) burn-out als uiting van een depressieve stoornis, die het resultaat is van het proces van opbranden. Hoogduin en collega's (2001) laten in de klinische beschrijving van de depressieve stoornis en burn-out zien dat patiënten met een burn-out een meer vitale indruk achterlaten en nog steeds in staat zijn om te genieten van dingen. Gewichtsafname en suïcidale gedachten, typerend voor depressieve individuen, worden zelden gevonden bij patiënten met burn-out.

Empirische ondersteuning voor het verschil tussen burn-out en de depressieve stoornis is te vinden in een overzichtsartikel van Glass en McKnight (1996). Hoewel er een duidelijke overlap bestaat tussen de twee waar het de emotionele uitputting betreft, komt uit onderzoek naar voren dat het twee verschillende diagnostische entiteiten zijn. Ook wij (Verbraak, Keijsers, & Hoogduin, ter publicatie aangeboden) vonden dat patiënten met burn-out, wanneer ze voldoen aan de criteria voor werkgerelateerde neurasthenie en een ongedifferentieerde somatoforme stoornis, niet (ook) voldoen aan de criteria voor een depressieve stoornis of angststoornis. Het belangrijkste kenmerk van neurasthenie, en burn-out, is het symptoom van vermoeidheid, met daarnaast een aantal atypische, veelal lichamelijke symptomen. Ditzelfde is herkenbaar bij de ongedifferentieerde somatoforme stoornis.

Wanneer we uitgaan van burn-out als een stoornis, blijkt de UBOS deze niet naar tevredenheid te kunnen vaststellen. Onderzoek van De Bruin (2002) naar de overeenkomst tussen burn-out zoals gemeten met de UBOS, en burn-out volgens de criteria voor werkgerelateerde neurasthenie en ongedifferentieerde somatoforme stoornis, laat zien dat de UBOS er niet in slaagt een onderscheid te maken tussen personen met een klinische burn-out of een andere psychische stoornis.

Naar aanleiding van deze onvrede over de bruikbaarheid van de UBOS als instrument om de ernst van de meer klinische vorm van burn-out te meten, werd in een eerder onderzoek de BO-NKS ontwikkeld (Verbraak, Van de Griendt, & Hoogduin, 2006). Met de BO-NKS wordt beoogd om de ernst van de klinische variant van burn-out te meten bij zowel mensen die werken, als bij mensen die niet (meer) werken. Idealiter vervult deze vragenlijst een rol als ernstmaat en als screeningsinstrument naar de aanwezigheid van klinische burn-out. Met andere woorden: de lijst moet gevoelig zijn voor veranderingen in het toestandbeeld, om zo de ontwikkeling van een cliënt in therapie te kunnen weergeven. Tevens moet de vragenlijst in staat zijn aan te geven of er een verdenking op klinische burn-out bestaat of niet.

De BO-NKS gebruikt als basis een definitie van klinische burn-out, waarbij voldaan moet worden aan de criteria voor werkgerelateerde neurasthenie (Hoogduin et al., 2001; zie kader 1 voor de criteria). Deze criteria leveren een aantal duidelijk te onderscheiden symptomen op die gemeten dienen te worden. In aansluiting op de constructiemethode als methode van vragenlijstconstructie (Oosterveld & Vorst, 1998) werd op grond van de symptomen een lijst met mogelijke items opgesteld. Deze lijst werd voorgelegd aan een groep beoordelaars, en de daaruit voortgekomen lijst met 46 items werd afgenomen bij 275 respondenten met een psychische stoornis, van wie 86 met werkgerelateerde neurasthenie. Dit leidde na statistische analyses tot een vragenlijst van 20 items, die alle van belang zijnde symptomen en klachtgebieden van werkgerelateerde neurasthenie leek te bestrijken (Verbraak et al., 2006).

In het huidige onderzoek staat het nadere onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de BO-NKS centraal. We kijken naar de gevoeligheid van de vragenlijst voor verandering onder invloed van behandeling, de overeenkomst met de UBOS (Schaufeli & Van Die-rendonck, 2000), de CIS (Checklist Individual Strength; Vercoulen et al., 1994) en de distress-schaal van de 4-DKL (Terluin & Duijsens, 2002), en het onderscheid met de depressie- en angstschalen van de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) en 4-DKL (Terluin & Duijsens,

2002), en bovenal de specifieke kenmerken van de vragenlijst voor klinische burn-out.

Methode

Respondenten

Alle cliënten, met verschillende psychische stoornissen, die op de startdatum van het onderzoek in behandeling waren of voor behandeling waren aangemeld bij de HSK Groep, kwamen in aanmerking voor deelname. Deze cliënten werden schriftelijk geïnformeerd over de aard van het onderzoek (ontwikkeling van een vragenlijst) en gevraagd vrijwillig en anoniem deel te nemen aan het onderzoek. Indien bereid gaven zij schriftelijk toestemming voor deelname aan het onderzoek en het geanonimiseerd gebruiken van de vragenlijstgegevens en een aantal persoonsgegevens.

Procedure

Vanaf de startdatum van het onderzoek werd gedurende twee weken op alle deelnemende HSK-vestigingen aan alle dossiers van lopende behandelingen of te starten behandelingen (intake of eerste sessie) een pakket met vragenlijsten toegevoegd. Daaraan werd tevens een brief aan de behandelaar toegevoegd met daarin het verzoek de vragenlijst aan de cliënt voor te leggen, een brief aan de cliënt met uitleg over het onderzoek en een toestemmingsformulier. De cliënt werd verzocht de vragenlijst indien mogelijk na afloop van de zitting ter plekke in te vullen of anders op de volgende afspraak ingevuld mee terug te brengen. Na invulling werd de vragenlijst weer aan het dossier bevestigd. Een onderzoeksassistent verzamelde alle ingevulde vragenlijsten en verzamelde tegelijkertijd een aantal aanvullende biografische gegevens, zoals geslacht en leeftijd, en behandelgegevens, zoals diagnose volgens DSM-IV, startdatum van de behandeling en het aantal zittingen.

Voorafgaand aan het onderzoek vulden de respondenten alle vragenlijsten eenmaal in. Alleen de cliënten die tijdens dit onderzoek voor een intake of een eerste sessie kwamen, vroegen we de BO-NKS na vijf weken nogmaals in te vullen. Deze cliënten hebben dan ongeveer zeven therapiezittingen gehad, aangezien begonnen wordt met een frequentie van twee keer per week gedurende twee weken en daarna wekelijks een zitting. Deze herhaalde afname was bedoeld om de gevoeligheid voor verandering vast te stellen.

Instrumenten

De DSM-diagnose was tijdens de intake gesteld op basis van een semi-gestructureerd interview naar DSM-as-I-stoornissen, de Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998; Nederlandse vertaling: Van Vliet, Leroy, & Van Megen, 2000).

Voor dit onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de BO-NKS vragenlijst versie 2 (voor meer gedetailleerde informatie over de ontwikkeling van deze versie zie Verbraak et al. (2006)) maakten we verder gebruik van de volgende andere vragenlijsten.

Utrechtse Burnout Schaal

De Utrechtse Burnout Schaal (UBOS; Schaufeli & Van Dierendonck, 2000) is de Nederlandse vertaling van de Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach & Jackson, 1986). Van deze schaal zijn verschillende versies voor verschillende doelgroepen ontwikkeld (UBOS-C, voor contactuele beroepen zoals verpleegkundigen; UBOS-L, voor leerkrachten; UBOS-A, de algemene versie). In dit onderzoek is gebruikgemaakt van UBOS-A. Deze schaal bestaat uit vijftien items, onder te verdelen in drie subschalen:

- uitputting ($\alpha = .88$);
- distantie ($\alpha = .75$);
- competentie ($\alpha = .75$).

Deze komen overeen met de definitie die Maslach en Jackson (1986) aan burn-out, als toestandsbeeld, hebben gegeven.

Nederlandse versie van de Symptom Checklist 90 Revised

De Nederlandse versie van de Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Arrindell & Ettema, 2003; hierna SCL-90) is in dit onderzoek gebruikt voor het meten van *general psychological distress*. De SCL-90 is een zelfrapportagelijst, bestaande uit negentig items, die ontwikkeld is voor het bepalen van de ernst, gedurende de week voorafgaand aan het invullen, van een breed spectrum aan psychische stoornissen (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973). De SCL-90 kan gescoord worden in een achttal subschalen, namelijk:

- depressie ($\alpha = .92$);
- wantrouwen ($\alpha = .91$);
- hostiliteit ($\alpha = .79$);
- angst ($\alpha = .89$);
- agorafobie ($\alpha = .85$);
- somatische klachten ($\alpha = .85$);
- insufficiënt denken en handelen ($\alpha = .85$);

- slaapproblemen ($\alpha = .81$).

Tevens geeft de lijst een totaalscore ($\alpha = .97$), die wordt gebruikt voor het bepalen van de algemene ernst van de psychologische stoornissen. Doordat de lijst zich leent voor het herhaald afnemen, wordt deze lijst veel gebruikt om te meten hoe effectief een behandeling is geweest.

Vier Dimensionele Klachtenlijst

De Vier Dimensionele Klachtenlijst (4DKL) is een Nederlandstalige vragenlijst, ontwikkeld door Terluin, om naast klachten van angst, depressie en somatisatie, distress (overspanning, ofwel surmenage) te meten (Terluin & Duijsens, 2002). Ze bestaat uit vijftig items, verdeeld over vier subschalen:

- angst ($\alpha = .88$);
- depressie ($\alpha = .94$);
- somatisatie ($\alpha = .84$);
- distress ($\alpha = .94$).

Vervraagd wordt om een beoordeling van de afgelopen week.

Checklist Individuele Spankracht

De Checklist Individuele Spankracht (CIS) is een vragenlijst die speciaal is ontwikkeld om vermoeidheid te meten (Vercoulen et al., 1994). Deze lijst onderscheidt vier subfactoren: ernst van de ervaren vermoeidheid, concentratie, motivatie en lichamelijke activiteit. De schaal heeft een goede interne consistentie ($\alpha = .90$). Doordat de CIS vraagt naar hoe de cliënt zich de laatste twee weken heeft gevoeld, beoogt deze daarmee niet alleen een 'trait'-beeld te vormen van de cliënt, maar neemt zo ook de fluctuaties in deze beeldvorming mee. Omdat vermoeidheid een van de kernsymptomen is van burn-out, is deze lijst meegenomen in dit onderzoek.

Resultaten

Respondenten

Op zeventien HSK-vestigingen werden 2500 pakketten met vragenlijsten uitgezet. In totaal toonden 1075 cliënten (542 mannen en 533 vrouwen) zich bereid deel te nemen aan het onderzoek (respons van 43%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 42 jaar ($SD = 9.6$; range 18-72; mannen gem. 44, $SD = 8.5$, range 21-60; vrouwen gem. 39, $SD = 9.7$, range 18-72). 180 Respondenten kwamen ten tijde

van het invullen van de vragenlijsten voor een intake of eerste sessie, van 21 respondenten is het niet bekend en de rest van de respondenten ($N = 874$) waren ten tijde van de eerste afname reeds in behandeling. Gemiddeld hadden er bij die laatste groep dertien behandelzittingen plaatsgevonden ($SD = 8.3$; range 1-48). 85 Van de 180 cliënten die voor een intake of eerste sessie waren gekomen, vulden na vijf weken de BO-NKS een tweede maal in (respons van 47%).

De bij respondenten vastgestelde DSM-IV-diagnoses staan beschreven in tabel 1.

Tabel 1. Verdeling DSM-IV-diagnosegroep.

DSM-IV Diagnose	N	Man (%)	Vrouw (%)
Burn-out (<i>ongedifferentieerde somatoforme stoornis met werkgerelateerde vermoeidheid als hoofdklacht</i>)	276	58	42
Depressie	219	45,7	54,3
Angststoornis	192	52,6	47,4
Aanpassingsstoornis	316	46,5	53,5
Overige DSM-IV-diagnose	48	50	50
V71.09 (geen diagnose)	25	44	56

Itemanalyses

De kwaliteit van de items werd in deze tweede fase van de ontwikkeling van de BO-NKS nogmaals bepaald door te kijken naar het itemgemiddelde per item over de totale groep (minus burn-out) van respondenten en over de groep van respondenten met een burn-out. Items die niet in één van deze twee groepen voldeden aan de eis van een gemiddelde tussen 1 en 3 en een standaarddeviatie rond de 1 bij een antwoordschaal die loopt van 0 tot 4 (conform Stouthard, 1998), kwamen in aanmerking voor verwijdering. Geen van de items kwam om deze redenen in aanmerking voor verwijdering.

Vervolgens berekenden we de item-intercorrelaties. Items die $< .20$ of $> .70$ correleerden met andere items werden verwijderd. Daarbij behielden we van de hoogcorrelerende items (het gaat steeds om de correlatie tussen twee items) steeds dat item dat het hoogst correleerde met de totaalscore. In het kader van deze verwijderanalyse begonnen we met de hoogst correlerende items, daarna de één na hoogst correlerende items enzovoort, tot de grens van $.70$ bereikt was. Daarna begonnen we met de laagstcorrelerende items, daarna de op één na laagst correlerende enzovoort, tot ook hier de grens bereikt was, in dit geval van $.20$. De verwijdering van de items werd bekeken voor zowel de burn-outpopulatie als de restpopulatie (de andere diagnosegroepen samengenomen). De vergelijking met de restgroep deden we om op die wijze de specifieke kenmerken van de vragenlijst

met betrekking tot burn-out te kunnen afzetten tegen de andere diagnostische classificaties. Alleen de items die zowel in aanmerking kwamen voor verwijdering bij de burn-outpopulatie als bij de restpopulatie werden uiteindelijk verwijderd. Daarmee werden vijf van de twintig items verwijderd en bleven dus vijftien items over voor verdere analyse (zie bijlage 1).

Factoranalyses

Een Principale Componenten Analyse (PCA) met Varimax-rotatie op de overgebleven vijftien items leverde bij de burn-outpopulatie in tien stappen drie componenten op met een 'eigenwaarde' groter dan 1, die samen meer dan 65% van de variantie verklaarden (zie tabel 2). Bij de restpopulatie leverde deze analyse in drie stappen twee componenten op met een 'eigenwaarde' groter dan 1, die samen bijna 64% van de variantie verklaarden. Uit deze analyse kwam naar voren dat er bij de restgroep geen onderscheid kon worden gemaakt tussen lichamelijke en geestelijke vermoeidheid of onrust. Bij de burn-outpopulatie werd een onderscheid tussen vermoeidheid en onrust wel gevonden.

De gevonden componenten representeren de volgende schalen:

1. *Onrust*: bij deze component spelen zaken als piekeren, een gespannen gevoel, prikkelbaarheid en niet kunnen ontspannen een grote rol.
2. *Uitputting*: bij deze component gaat het vooral om vermoeidheid en spankracht en het ontbreken van energie om dingen te doen of aan te pakken.
3. *Lichamelijk ongemak*: het gaat hier vooral om de meer lichamelijke aangelegenheden die ongemak in de vorm van pijnen veroorzaken, zoals hoofdpijn, pijn in de schouder enzovoort.

Vervolgens onderwierpen we de subschaalscores van de drie subschalen van de BO-NKS wederom aan een PCA, waarmee we met behulp van de Scree Test één 'hogere-orde'-factor konden afleiden. Deze verklaarde voor de burn-outpopulatie 73,7% (eigenwaarde = 2,21) en voor de restpopulatie 82,1% (eigenwaarde = 2,46) van de variantie (zie tabel 3). Uit deze analyses bleek dat alle subschalen iets van één gemeenschappelijk concept meten, maar daarnaast ook een eigen unieke bijdrage leveren.

Tabel 2. Factoranalyse respopulatie ($N = 794$) en burn-outpopulatie ($N = 274$).

Item	Respopulatie ^a		Burn-outpopulatie ^b			Bijbehorende vraag
	1	2	1	2	3	
1	,762			,735		geen energie hebben om na te denken
3	,586	,530		,555	,524	een zwaar gevoel in het hoofd
5		,791			,803	pijn in de schouder
7	,816		,691			afdwalen met uw gedachten tijdens gesprekken
8	,752	,534	,809			piekeren als u wakker bent
9		,569		,664	,620	hoofdpijn
10	,550					sneller moe zijn na een lichamelijke inspanning
11	,542	,635		,749		een zwaar gevoel in uw lijf
12	,707		,711			een gespannen gevoel
14	,692		,668			snel geïrriteerd zijn
15	,759	,838	,506	,631		het gevoel dat alles moeite kost
16					,778	spierpijn
17	,699		,719			constant denken aan wat er allemaal nog gedaan moet worden
18	,755		,610	,567		het gevoel dat niets tot u doordringt na korte tijd
20	,818		,542	,639		slechts kort kunnen concentreren
Eigenwaarde	6,24	3,34	Totaal	3,90	3,57	Totaal
% variantie	41,6	22,3	Totaal	26,0	23,8	Totaal
					2,36	65,5

Factorloadingen lager dan ,450 zijn niet weergegeven. Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a Rotation converged in 3 iterations. b Rotation converged in 10 iterations.

Curstief: geeft aan dat er bij dit item voor gekozen is het niet toe te wijzen aan die component (kolom), maar aan de component waar ze gewoon geprint staat.

Tabel 3. Factoranalyse van de drie schalen.

Schaal	Restpopulatie Factorlading	Burn-outpopulatie Factorlading	Totale populatie Factorlading
Onrust	,917	,875	,907
Uitputting	,937	,910	,930
Lichamelijk ongemak	,863	,785	,845
Eigenwaarde	2,46	2,21	2,40
% variantie	82,1	73,7	80,1

Extraction Method: Principal Component Analysis.
1 component extracted.

Betrouwbaarheid

De testbetrouwbaarheid van deze nieuwe indeling van de subschalen onderzochten we door de vijftien items aan een laatste verwijderanalyse te onderwerpen op grond van item-restcorrelaties en de bijbehorende Cronbach's alpha van de subschaal zonder het desbetreffende item (zie tabel 4). Items kwamen in aanmerking voor verwijdering wanneer deze bijdroegen aan een toename van de testbetrouwbaarheid. Gezien de bevinding dat verwijdering van items altijd een afname van de testbetrouwbaarheid zou betekenen, leidde deze analyse niet tot verwijdering. De vragenlijst kwam voor de burn-outpopulatie uit op een Cronbach's alpha van .92 en voor de restpopulatie een van .94. Voor de Cronbach's alpha's van de subschalen zie tabel 4.

Om de relatie tussen de subschaalscores en de totaalscore van de BO-NKS nader te onderzoeken, hebben we de correlatiescore berekend tussen de totaalscore en de drie subschaalscores. De resultaten lieten zien dat de BO-NKS-totaalscore en alle subschalen significant gerelateerd waren (zie tabel 5). Met andere woorden: iedere individuele subschaal liet een significante relatie met de totaalscore zien.

Tabel 4. Gecorrigeerde item-restcorrelaties en de Cronbach's alpha.

Item	Restpopulatie (N = 794)	Burn- outpopulatie (N = 274)	Totale popula- tie (N = 1068)
Cronbach's α BO-NKS totaal	,94	,92	,94
<i>Onrust</i>			
afdwalen met uw gedachten tijdens gesprekken	,72	,65	,71
piekeren als u wakker bent een gespannen gevoel	,73	,64	,71
snel geïrriteerd zijn	,75	,70	,74
constant denken aan wat er allemaal nog gedaan moet worden	,64	,67	,65
het gevoel dat niets tot u doordringt na korte tijd	,69	,70	,69
	,70	,68	,70
Cronbach's α	,89	,87	,89
<i>Uitputting</i>			
geen energie hebben om na te denken	,77	,75	,77
sneller moe zijn na een licha- melijke inspanning	,76	,64	,74
een zwaar gevoel in uw lijf	,75	,68	,73
het gevoel dat alles moeite kost	,82	,77	,81
slechts kort kunnen concen- teren	,71	,67	,70
Cronbach's α	,91	,87	,90
<i>Lichamelijk ongemak</i>			
een zwaar gevoel in het hoofd	,55	,54	,61
pijn in de schouder	,62	,58	,55
hoofdpijn	,58	,57	,57
spierpijn	,59	,62	,60
Cronbach's α	,78	,77	,78

Tabel 5. Correlatiescore subschalen.

Item	Restpopulatie (N = 794)		Burn-outpopulatie (N = 274)		Totale populatie (N = 1068)	
	ONR	UITP	ONR	UITP	ONR	UITP
Onrust (ONR)	1		1		1	
Uitputting (UITP)	,83	1	,77	1	,82	1
Lichamelijk ongemak (LIO)	,64	,70	,51	,57	,61	,67
Totaal	,94	,95	,91	,92	,93	,94

Alle data ($p = < ,000$).

Validiteit

Convergente validiteit

Aan de hand van een correlatieanalyse onderzochten we of de BO-NKS overeenkwam met soortgelijk gerichte metingen of juist niet, om zo de begripsvaliditeit verder te kunnen onderbouwen. We vergeleken de BO-NKS daartoe met de UBOS, de SCL90, de 4DKL en de CIS. De onderlinge correlaties staan in tabel 6.

De hoge correlaties van de subschaal 'lichamelijk ongemak' met zowel 'somatische klachten' van de SCL90 en 'somatisatie' van de 4DKL valideren deze subschaal. De subschaal 'onrust' liet de sterkste correlatie zien met de subschaal 'distress' (4DKL). Tevens vertoonde deze subschaal hoge correlaties met 'insufficiëntie', 'depressie' en 'angst' van de SCL90 en 'concentratie' van de CIS. We kunnen hieruit afleiden dat mensen die hoog scoren op 'onrust', meer en vaker moeite hebben met gericht en geconcentreerd denken en handelen, en last hebben van gepieker en een verhoogde arousal. De subschaal 'uitputting' correleerde het sterkst met de totaalscore van de CIS en tevens met de 4DKL en dan met name de subschaal 'distress'. We vonden enige correlatie met de subschaal 'uitputting' van de UBOS bij zowel de subschaal 'onrust' ($r = 0,65$) als 'uitputting' ($r = 0,68$). De totaalscore van de BO-NKS correleerde sterk met de totaalscores van de SCL90, de 4DKL en de CIS. Daarmee toont ze een grote mate van samenhang met maten voor onwelbevinden en spankracht.

Correlaties zijn tevens berekend tussen de BO-NKS-subschalen en leeftijd en geslacht. Deze correlaties bleken laag. De scores op de BO-NKS lijken dus niet aan leeftijd of geslacht gebonden.

Divergente validiteit

We hebben ook onderzocht in hoeverre de BO-NKS in staat is onderscheid te maken in patiënten met klinische burn-out en patiënten met een andere diagnose. Daartoe hebben we de gemiddelden per diagnosegroep op de subschalen van de BO-NKS en de totaalscore naast elkaar gezet. Deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 7. Daarin valt meteen op dat de burn-outgroep, tegen de verwachting in, niet de diagnosegroep is die de hoogste scores haalt op de BO-NKS. Dat bleek de depressiegroep te zijn. De burn-outgroep scoorde vergelijkbaar met de groep patiënten met een angststoornis. De burn-outgroep kon op grond van inspectie van de scores op de BO-NKS dus niet onderscheiden worden van de andere diagnosegroepen. Daarom hebben we afgezien van verdere statistische analyses.

Tabel 6. Correlaties tussen de BO-NKS en biografische variabelen en gerelateerde schalen.

	Onrust		Uitputting		Lichamelijk ongemak		Totaal	
	Burn-out	Rest	Burn-out	Rest	Burn-out	Rest	Burn-out	Rest
Leeftijd	-,10	-,05	-,11	-,00	-,04	-,02	-,10	-,02
Geslacht	,03	,07(*)	,12	,07(*)	,15(*)	,13(**)	,11	,09(**)
<i>SCL-90</i>								
Angst	,71(**)	,77(**)	,64(**)	,70(**)	,48(**)	,59(**)	,72(**)	,77(**)
Agorafobie	,41(**)	,54(**)	,38(**)	,51(**)	,23(**)	,43(**)	,41(**)	,55(**)
Depressie	,74(**)	,82(**)	,71(**)	,78(**)	,48(**)	,58(**)	,76(**)	,82(**)
Somatische klachten	,57(**)	,69(**)	,70(**)	,78(**)	,73(**)	,80(**)	,75(**)	,81(**)
Insufficiëntie	,76(**)	,83(**)	,76(**)	,83(**)	,49(**)	,58(**)	,80(**)	,84(**)
Wantrouwen	,66(**)	,71(**)	,51(**)	,62(**)	,40(**)	,46(**)	,62(**)	,68(**)
Hostiliteit	,67(**)	,68(**)	,52(**)	,58(**)	,35(**)	,43(**)	,61(**)	,64(**)
Slaapproblemen	,56(**)	,58(**)	,47(**)	,52(**)	,42(**)	,43(**)	,57(**)	,57(**)
Overige items	,58(**)	,72(**)	,56(**)	,68(**)	,40(**)	,53(**)	,61(**)	,72(**)
Totaal	,80(**)	,88(**)	,76(**)	,83(**)	,58(**)	,66(**)	,84(**)	,88(**)
<i>UBOS</i>								
Uitputting	,65(**)	,61(**)	,68(**)	,67(**)	,51(**)	,53(**)	,71(**)	,67(**)
Distantie	,44(**)	,37(**)	,35(**)	,35(**)	,25(**)	,26(**)	,40(**)	,37(**)
Competentie	-,34(**)	-,31(**)	-,22(**)	-,29(**)	-,16(*)	-,22(**)	-,28(**)	-,31(**)

	Onrust		Uitputting		Lichamelijk ongemak		Totaal	
	Burn-out	Rest	Burn-out	Rest	Burn-out	Rest	Burn-out	Rest
<i>4DKL</i>								
Angst	,51(**)	,65(**)	,48(**)	,58(**)	,35(**)	,47(**)	,53(**)	,64(**)
Somatisatie	,51(**)	,66(**)	,61(**)	,70(**)	,77(**)	,79(**)	,69(**)	,77(**)
Depressie	,57(**)	,63(**)	,57(**)	,60(**)	,35(**)	,44(**)	,59(**)	,63(**)
Distress	,83(**)	,86(**)	,80(**)	,80(**)	,55(**)	,61(**)	,86(**)	,86(**)
Totaal	,79(**)	,86(**)	,80(**)	,82(**)	,68(**)	,71(**)	,88(**)	,89(**)
<i>CIS</i>								
Vermoeidheid	,59(**)	,65(**)	,79(**)	,80(**)	,45(**)	,61(**)	,72(**)	,77(**)
Concentratie	,70(**)	,75(**)	,72(**)	,74(**)	,37(**)	,47(**)	,72(**)	,75(**)
Motivatie	,55(**)	,58(**)	,55(**)	,63(**)	,28(**)	,42(**)	,56(**)	,62(**)
Activiteit	,50(**)	,52(**)	,59(**)	,58(**)	,29(**)	,37(**)	,56(**)	,56(**)
Totaal	,73(**)	,75(**)	,84(**)	,83(**)	,45(**)	,58(**)	,80(**)	,82(**)

** Correlatie is significant op het niveau van 0,011 (tweezijdig getoetst).

* Correlatie is significant op het niveau van 0,051 (tweezijdig getoetst).

Tabel 7. Gemiddelde deviatie en standaarddeviatie van de BO-NKS-schalen bij verschillende diagnosegroepen.

	Depressie	Angst	Burn-out	Diagnosegroep			Geen diagnose	Totaal
	N = 214	N = 189	N = 269	Aanpassing	Overig	N = 24	N = 1049	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	N = 306	N = 47	N = 24	N = 1049	
Sessies	11,1 (9,6)	12,1 (10,0)	11,0 (8,9)	M (SD) 9,5 (7,5)	M (SD) 11,0 (10,2)	M (SD) 7,0 (7,3)	M (SD) 10,7 (8,9)	
Onrust	15,6 (4,9)	13,7 (5,8)	13,2 (5,6)	10,4 (5,3)	10,1 (5,5)	5,1 (3,1)	12,5 (5,9)	
Uitputting	13,2 (4,7)	10,4 (5,6)	10,7 (5,0)	7,6 (5,0)	8,0 (4,6)	5,4 (4,8)	10,0 (5,5)	
Lichamelijk ongemak	7,5 (3,9)	6,3 (3,3)	6,1 (4,1)	3,9 (3,3)	5,1 (4,6)	2,4 (1,7)	5,6 (4,0)	
Totaal	36,4 (11,6)	30,3 (13,1)	30,1 (12,3)	21,9 (12,5)	23,3 (13,6)	12,9 (8,1)	28,1 (13,7)	

Gevoeligheid voor verandering

Voor het onderzoeken van de gevoeligheid voor verandering hebben we in dit onderzoek gebruikgemaakt van het berekenen van de effectgrootte (effect size). De effectgrootte berekenden we, gebruikmakend van Cohen's d , 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 (Dunlap, Cortina, Vaslow, & Burke 1996).

De resultaten (zie tabel 8) laten zien dat er, met uitzondering van 'lichamelijk ongemak', gesproken kan worden over een middelgroot tot groot effect, ofwel een consistent verschil tussen de twee meetmomenten (eerste afname gemiddeld na 0 tot 1 sessie, tweede afname gemiddeld na 6 tot 7 sessies). Daaruit valt op te maken dat het grootste deel van de cliënten consistent minder last had van onrust en uitputting na gemiddeld 6 à 7 sessies. Bij de lichamelijke klachten was er echter sprake van een klein, maar zelfs in die korte tijdspanne waarneembaar effect.

In vergelijking met de SCL-90 en 4-DKL valt op dat de BO-NKS een grotere gevoeligheid voor verandering leek te vertonen. Binnen de burn-outpopulatie werden wat betreft de totaalscores effectgroottes gevonden van .94 op de SCL-90 en .93 op de 4-DKL. Voor wat betreft de restpopulatie werden waarden gevonden van respectievelijk .57 en .37.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het nader onderzoeken van de psychometrische kwaliteiten van een nieuw ontwikkelde vragenlijst, de Burnout-Neurasthenie Klachten Schaal (BO-NKS; Verbraak, Van de Griendt, & Hoogduin, 2006). Dit is een vragenlijst die de ernst van burn-out, in de betekenis van de klinische diagnose, wil kunnen vaststellen. Uitgangspunt bij het opstellen van deze lijst waren de symptomen en klachtgebieden zoals gedefinieerd voor werkgerelateerde neurasthenie, de veronderstelde klinische variant van burn-out. Itemanalyses leverden uiteindelijk een vragenlijst op met vijftien items. Uit deze vijftien items zijn drie subschalen geëxtraheerd: 'Onrust', 'Uitputting' en 'Lichamelijk Ongemak'. Deze subschalen zijn verder geanalyseerd op de gevoeligheid van de vragenlijst voor verandering onder invloed van behandeling, de overeenkomsten met andere reeds gevalideerde lijsten en de mogelijkheid burn-outpatiënten van niet-burn-outpatiënten te onderscheiden.

Tabel 8. Effectgrootte tussen twee afnamemomenten (Cohen's d).

Subgroep	R	1 ^e afname gem. (SD)	2 ^e afname gem. (SD)	Cohen's d	% geen overlap (±)	% cliënten met verbetering	% cliënten met verslechtering
<i>Burn-outpopulatie (N = 28)</i>							
Onrust	,227	13,6 (4,3)	7,7 (4,8)	1,30	45	86,4	13,6
Uitputting	,466	11,2 (4,3)	7,7 (5,1)	0,73	56	72,7	18,2
Lichamelijk ongemak	,552	5,4 (3,7)	4,1 (3,9)	0,35	74	59,1	22,7
Totaal	,482	30,3 (9,5)	19,5 (12,0)	0,98	44	81,8	13,6
<i>Restpopulatie (N = 57)</i>							
Onrust	,576	13,1 (6,3)	8,3 (5,5)	0,80	53	85,7	11,9
Uitputting	,588	10,3 (5,9)	6,7 (4,9)	0,65	60	78,6	11,9
Lichamelijk ongemak	,597	5,1 (3,6)	3,8 (3,6)	0,36	76	69	21,4
Totaal	,557	28,5 (14,2)	18,8 (12,5)	0,72	56	85,7	9,5

Burn-outpopulatie: (Gem. 1^e afnamemoment/SD = 0,46/1,10; Gem. 2^e afnamemoment/SD = 6,60/3,24).

Restpopulatie: (Gem. 1^e afnamemoment/SD = 0,91/2,91; Gem. 2^e afnamemoment/SD = 7,23/3,98).

Formule: $d = t_c [2(1-r)]^{1/2}$

De BO-NKS en haar subschalen blijken in ieder geval gevoelig voor verandering, dus in staat ernst en herstel van klachten te meten. Bij mensen bij wie een burn-out is gediagnosticeerd, kan de BO-NKS gebruikt worden om de ernst te meten en om de vooruitgang bij te houden. Maar wat meet ze dan precies? De vergelijking van de BO-NKS-subschalen met de 4-DKL en de SCL-90 laat zien dat de schalen 'Onrust' en 'Uitputting' hoog tot zeer hoog correleren met de 4-DKL 'Distressscore' (0.80-0.86) en met de SCL-90 'Totaalscore' (0.76-0.88). De schaal 'Uitputting' correleert hoog met CIS 'Vermoeidheid' (0.79 en 0.80) en de CIS 'Totaalscore' (0.83 en 0.84). De schaal 'Lichamelijke Ongemak' correleert tamelijk hoog met de 4-DKL 'Somatisatiescore' (0.77 en 0.79) en de SCL-90 'Somatisatie' (0.73 en 0.80). De BO-NKS 'Totaalscore' correleert zeer hoog met de 4-DKL 'Totaalscore' (0.88 en 0.89), de 4-DKL 'Distressscore' (0.86), de SCL-90 'Totaalscore' (0.84 en 0.88) en de CIS 'Totaalscore' (0.80 en 0.82).

Op basis van deze correlaties kunnen we stellen dat de BO-NKS met name *distress* meet, met *uitputting* en *somatisatie* als accenten. Gezien de hoogte van de correlaties, vooral tussen de totaalscores van deze vragenlijsten, is het de vraag of de BO-NKS iets anders meet dan de SCL-90 of de 4-DKL. Dat lijkt niet zo te zijn. Dus is het ook de vraag of de BO-NKS in staat is iets te meten dat specifiek is voor klinische burn-out. Iets wat de SCL-90 en 4-DKL niet kunnen meten? Op basis van het onderscheidend vermogen van de BO-NKS ten aanzien van burn-out en andere psychische stoornissen lijkt dat niet het geval te zijn. Als we de BO-NKS nemen als maat voor distress of onwelbevinden, zoals de SCL-90 en 4-DKL, laat de gemiddelde BO-NKS 'Totaalscore' eigenlijk net als bij de andere vragenlijsten een nette en voorspelbare aflopende reeks zien: depressieve stoornis, angststoornis, burn-out, aanpassingsstoornis, overige stoornissen en geen echte diagnose. De BO-NKS is niet in staat te screenen op de mogelijke aanwezigheid van burn-out binnen een patiëntenpopulatie.

Wordt dan helemaal niets specifiek gevonden met de BO-NKS? De analyse van de factorstructuur van de BO-NKS laat wel zien dat er een verschil bestaat tussen de burn-outgroep en de restgroep. Binnen de restgroep is er geen onderscheid tussen vermoeidheidssymptomen en symptomen van onrust of arousal. Binnen de burn-outgroep is dat onderscheid er wel. Dit kan nog gezien worden als ondersteuning voor de hypothese dat het in het geval van burn-out om andere pathologische processen gaat dan in de andere psychische stoornissen. Schaufeli geeft aan dat het bij burn-out in wezen gaat om enerzijds een gebrek aan handelingsvermogen en anderzijds om een gebrek aan handelingsbereidheid. Deze twee componenten zouden respectievelijk het energetische en het motivationele aspect van burn-out vormen:

‘Bij burn-out gaat uitputting van energiereserves (gemankeerd handelingsvermogen) gepaard met psychische terugtrekking (verminderde handelingsbereidheid) in de vorm van toenemende weerstand tegen het werk, verminderde betrokkenheid, gebrek aan interesse, cynisme en mentale distantie’ (Schaufeli, 2007, p. 536).

Nu meet de BO-NKS vooral klachten en geen attitudes. Daarmee is ze dus eigenlijk niet in staat om handelingsbereidheid te meten, maar de gevonden en te onderscheiden factoren vermoeidheid en onrust binnen de burn-outgroep geven wel iets aan over de tweespalt binnen de patiënt met burn-out. Hij kan niet meer, trekt zich daarom terug, maar wil zich bij dat laatste lang niet altijd neerleggen. Immers, in vergelijking met de depressieve patiënt maakt de patiënt met burn-out, ondanks zijn vermoeidheid, een vitalere en bij vlagen zelfs meer geagiteerde indruk (Hoogduin et al., 2001). Daarmee lijkt de binnen de burn-outgroep gevonden tweedeling in factoren op de BO-NKS, waar dit voor de restgroep slechts een factor is, te verwijzen naar het motivationele aspect dat speelt bij burn-out.

De BO-NKS, gekoppeld weliswaar aan de gevoeligheid voor ernst en verandering, maar door de samenhang met de totaalscores van andere lijsten voor algemeen onwelbevinden, distress en spankracht, alsmede de psychometrische kwaliteiten van de lijst juist ook binnen diagnosegroepen anders dan burn-out, lijkt vooral een ernstmaat te kunnen zijn voor psychische stoornissen in het algemeen. De vraag is dan of de BO-NKS meerwaarde heeft boven de al bekende en gevalideerde instrumenten voor onwelbevinden en distress? Dat weten we alleen op basis van dit onderzoek nog niet. Als ze vergelijkbaar zou zijn, zou haar waarde net als een instrument als de Korte Klachten Lijst (KKL) in haar beperkte aantal items kunnen zitten (Appelo & Lange, 2007). Theoretisch gezien zou er, afgeleid uit het huidige onderzoek, een samenhang tussen de BO-NKS als maat voor distress en het zogenaamde tripartitemodel van angst en depressie zoals voorgesteld door Clark en Watson (1991) kunnen bestaan. Zij geven aan dat angst en depressieve stoornissen uit een drietal in meerdere of mindere mate te herkennen dimensies bestaan: fysiologische hyperarousal (specifiek voor met name angst), anhedonie (specifiek voor met name depressie) en algemene disstress (bij beide stoornissen te herkennen). Van deze laatste dimensie uitgaand, kan dan ook duidelijk worden waarom ook de patiënten met een andere stoornis dan burn-out een duidelijke gevoeligheid voor verandering op de BO-NKS laten zien.

Blijft tot de slot de vraag over waardoor het niet lukt om met de BO-NKS de aanwezigheid van burn-out te detecteren. Uiteraard zou dat aan de kwaliteit van het instrument kunnen liggen. Daarover is in

voorgaande al genoeg gezegd. Alternatief is dat burn-out als te onderscheiden syndroom niet bestaat. Wanneer het als meer specifiek syndroom niet bestaat, is het ook niet mogelijk om specifieke burn-outklachten te meten. Dat brengt ons terug bij de controverse die in de inleiding al werd aangehaald omtrent het bestaan van burn-out en neurasthenie als aparte syndromen en diagnoses (Glass & McKnight, 1996; Hickie et al., 1997; Hickie et al., 2002). Daarover is het laatste vast nog niet gezegd. Op basis van het hier gepresenteerde onderzoek kunnen we daarop in ieder geval niet bevestigend reageren.

ABSTRACT The current study reports on the further development of a new checklist for measuring the severity of clinical burnout, the BurnOut-Neurasthenia Complaints Scale (BO-NCS; Dutch: BurnOut-Neurasthenie Klachten Schaal, BO-NKS). The BO-NCS was originally developed in accordance to the set of criteria for clinical burnout (work-related neurasthenia). This study emphasizes the further psychometric validation of the BO-NCS.

Based on item analysis and factor analyses the questionnaire was brought back to 15 items distributed over 3 scales: turmoil, exhaustion and physical inconvenience. The test-reliability of the scales was good to very good (between .77 and .92). The convergent validity points in the direction of distress in combination with exhaustion and somatisation. However, the BO-NCS appears not to be able to separate the persons with burnout from the persons with other psychological disorders.

It is concluded that the BO-NCS has good psychometric properties, however it is not an instrument specific for burnout. The BO-NCS is not able to detect clinical burnout (work-related neurasthenia), if such a disorder exists at all. The BO-NCS appears a more general measure of distress for different psychological disorders.

Referenties

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Appelo, M., & Lange, A. (2007). Meten van klachten en veerkracht in vierentwintig vragen. *Directieve therapie*, 27, 197-204.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). SCL-90, *Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bruin, M.B.N. de (2002). *Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)*. Onderzoek naar

- psychometrische eigenschappen van de UBOS in een klinische populatie.*
Maastricht: Universiteit Maastricht. Doctoraalscriptie.
- Clark, L.A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin, 9*, 13-27.
- Dunlap, W.P., Cortina, J.M., Vaslow, J.B., & Burke, M.J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methodes, 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.
- Goldberg, D., & Bridges, K. (1991). Minor psychiatric disorders and neurasthenia in general practice. In: M. Gastpar & P. Kielholz (eds.), *Problems of psychiatry in general practice* (pp. 79-88). Lewiston, NY: Hogrefe & Huber Publishers.
- Hallsten, L. (1993). Burning out: A framework. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (red.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 95-115). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Hickie, I., Davenport, T., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). Neurasthenia: prevalence, disability and health care characteristics in the Australian community. *British Journal of Psychiatry, 181*, 56-61.
- Hickie, I., Hadzi-Pavlovic, D., & Ricci, C. (1997). Reviving the diagnosis of neurasthenia. *Psychological Medicine, 27*, 989-994.
- 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. 13-20). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Linden, G. van der, Chalder, T., Hickie, I., Koschera, A., Sham, P., & Wessely, S. (1999). Fatigue and psychiatric disorder: different or the same? *Psychological Medicine, 29*, 863-868.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual, second edition*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (red.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp 1-16). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Oosterveld, P., & Vorst, H.C.M. (1998). Constructie van meetinstrumenten. In: W.P. van den Brink & G.J. Mellenbergh (red.), *Testleer en testconstructie* (pp. 303-337). Amsterdam, Boom.
- Schaufeli, W. (2007). Burn-out in discussie. De stand van zaken. *De Psycholoog, 42*, 534-540.

- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (2000). *UBOS – Utrechtse Burnout Schaal: Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22-33.
- Stouthard, M.E.A. (1998). Analyse van tests. In: W.P. van den Brink & G.J. Mellenbergh (red.), *Testleer en testconstructie* (pp. 341-376). Amsterdam, Boom.
- Terluin, B., & Duijsens, I.J. (2002). *De 4DKL Handleiding*. Leiderdorp: Datec.
- Verbraak, M.J.P.M., Griendt, J.T.M. van de, & Hoogduin, C.A.L., (2006). Ontwikkeling van de Burnout-Neurasthenie Klachtenschaal (BO-NKS). *Diagnostiek Wijzer*, 9, 30-53.
- Verbraak, M.J.P.M., Keijsers, G.P.J., & Hoogduin, C.A.L. (ter publicatie aangeboden). On the clinical diagnosis of burnout.
- Vercoulen, J.H.M.M., Swanink, C.M.A., Fennis, J.F.M., Galama, J.M.D., Meer, J.W.M. van der, & Bleijenbergh, G. (1994). Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 383-392.
- Vliet, I.M. van, Leroy, H., & Megen, H.J.G.M. van (2000). *M.I.N.I. Internationaal Neuropsychiatrisch Interview. Nederlandse versie 5.0.0*. Utrecht, Universiteit van Utrecht.
- World Health Organization (1992). *ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Bijlage 1. De BurnOut-Neurasthenie Klachtenschaal (BO-NKS)

Instructie

Onderstaande vragen richten zich op ervaren gevoelens van uitputting en lichamelijke klachten. Wilt u voor elk van de onderstaande vragen aangeven hoeveel last u hiervan heeft gehad *gedurende de afgelopen week*.

Gebruik hiervoor de volgende schaal:

	0	1	2	3	4
	geen last	enige last	nogal last	tamelijk veel last	heel erge last
In welke mate heeft u de afgelopen week last gehad van	0	1	2	3	4
1.	geen energie hebben om na te denken				
2.	een zwaar gevoel in het hoofd				
3.	pijn in de schouder				
4.	afdwalen met uw gedachten tijdens gesprekken				
5.	piekeren als u wakker bent				
6.	hoofdpijn				
7.	sneller moe zijn na een lichamelijke inspanning				
8.	een zwaar gevoel in uw lijf				
9.	een gespannen gevoel				
10.	snel geïrriteerd zijn				
11.	het gevoel dat alles moeite kost				
12.	spierpijn				
13.	constant denken aan wat er allemaal nog gedaan moet worden				
14.	het gevoel dat niets tot u doordringt na korte tijd				
15.	slechts kort kunnen concentreren				