

Burn-out: ziekte, symptoom of maatschappelijk construct?

C.H. Vinkers

- Achtergrond** De aandacht voor burn-out is de afgelopen decennia sterk toegenomen. Hoewel de term breed wordt gebruikt in de media, op het werk en bij psychische klachten, ontbreekt een uniforme definitie. Nederland is bijna het enige land ter wereld waar burn-out een aparte diagnose is in de huisartsenzorg en bedrijfsgeneeskunde. In de psychiatrie wordt de term daarentegen nauwelijks gehanteerd, ondanks dat de klachten soms ernstig en invaliderend zijn.
- Doel** Het kritisch analyseren van burn-out als concept: is het een ziekte, een symptoom of een maatschappelijk construct? Daarbij kijk ik naar de wetenschappelijke status, diagnostische dilemma's, overlap met psychiatrische aandoeningen, en de positie van burn-out in de samenleving en gezondheidszorg.
- Methode** Narratieve analyse van de historische en maatschappelijke ontwikkeling van het begrip burn-out, bespreking van de overlap met psychiatrische aandoeningen zoals depressie en angststoornissen, en beschouwing van diagnostische en behandelpraktijken in Nederland (inclusief differentiaaldiagnostiek). Ook wordt burn-out geplaatst binnen het bredere concept van stressregeling.
- Resultaten** Burn-out vertoont een grote conceptuele en klinische overlap met depressie, angststoornissen en andere stressge-relateerde klachten. De diagnostiek is gebaseerd op niet-gevalideerde criteria waardoor een betrouwbare diagnose van burn-out lastig is. De vrije markt rondom burn-out kan leiden tot zowel onder- of overbehandeling. Burn-out lijkt meer een uitdrukking van maatschappelijke overbelasting met een breed spectrum van klachten dan een eenduidige medische aandoening.
- Conclusie** Burn-out is een reëel probleem met ernstige klachten, maar wetenschappelijk gezien diffuus en slecht afgebakend. Er is behoefte aan een genuanceerde benadering waarbij men stressregeling centraal stelt, met oog voor zowel medische als maatschappelijke factoren. Een hernieuwde wetenschappelijke verkenning vanuit verschillende disciplines zou daaraan bij kunnen dragen.

In de afgelopen decennia is de aandacht voor burn-out toegenomen, niet alleen in de medische wereld, maar ook in de media en het publieke debat. Werkgerelateerde stressklachten worden steeds vaker benoemd als burn-out, maar ook als oorzaak van langdurig verzuim. Er is een groeiende behoefte aan erkenning van burn-out als reëel gezondheidsprobleem. Tegelijkertijd worstelen werkgevers, werknemers en beleidsmakers met de vraag hoe burn-out het beste kan worden voorkomen en behandeld.

Wat is burn-out?

Wat is de precieze betekenis van burn-out? Het begrip wordt breed gebruikt, zonder dat er een uniforme definitie of gevalideerde diagnostische criteria zijn. Alleen in Nederland en Zweden wordt burn-out als aparte aandoening erkend. In Zweden zal de diagnose in 2028 verdwijnen, waarmee Nederland het enige land blijft

dat burn-out als zelfstandige diagnose hanteert in de bedrijfsgeneeskunde en de huisartsgeneeskunde. In de psychiatrie wordt de term burn-out nauwelijks gebruikt. Toch gaat het vaak om ernstige klachten die, gezien het lijden en disfunctioneren, feitelijk binnen het domein van de psychiatrie zouden moeten vallen.

Wat is burn-out eigenlijk? Een reactie op een veeleisende maatschappij, een werkgerelateerd probleem of een onderbelichte psychiatrische stoornis? Of zijn al deze benaderingen tegelijk waar en relevant? Deze vragen onderzocht ik in het boek *In de ban van burn-out*.¹ In dit essay ga ik hierop verder en verken burn-out op een narratieve wijze vanuit meerdere perspectieven, waaronder de historische ontwikkeling van het begrip, wetenschappelijke en klinische dilemma's in de diagnostiek en behandeling, en de bredere maatschappelijke context van prestatiedruk en sociale verwachtingen. Vooraf wil ik benadrukken: mensen met burn-out

stellen zich zeker niet aan. Het gaat soms om diepe uitputting en langdurig herstel. Kritiek op het concept betekent niet dat het lijden minder reëel is, integendeel: als we mensen goed willen helpen, moeten we hun klachten ook goed begrijpen.

De opkomst van burn-out

In de jaren zeventig werd de term burn-out geïntroduceerd door de Duits-Amerikaanse psycholoog Herbert Freudenberger, die hulpverleners zoals artsen en maatschappelijk werkers zag 'opbranden'.² Zij zetten zich intensief in voor anderen en raakten fysiek en mentaal uitgeput. Die uitputting kwam voort uit frustratie de ander niet te kunnen helpen. Burn-out was in eerste instantie een altruïstisch concept, niet simpelweg een gevolg van stress. IT'ers of buschauffeurs konden per definitie geen burn-out krijgen. Kort daarna ontwikkelde Christina Maslach het concept verder. Zij stelde – zonder veel theoretische of empirische onderbouwing – drie dimensies voor: emotionele uitputting, depersonalisatie en een gevoel van verminderde bekwaamheid. Deze vormden de basis voor de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), later vertaald als de *Utrechtse Burn-out Schaal*.³

Vanaf de jaren tachtig werd burn-out ook toepasbaar op eigenlijk alle beroepen. In de jaren 2000 en 2010 kwam er aandacht voor stressfactoren buiten het werk, zoals financiële druk, mantelzorg en sociale overbelasting.⁴ Burn-out verschoof zo van altruïstische aandoening naar brede stressdiagnose. De Wereldgezondheidsorganisatie erkende burn-out in 2019 als werkgerelateerd syndroom in de ICD-11, maar niet als medische aandoening. Alleen in Nederland en Zweden beschouwde men burn-out als aparte 'diagnose' (en in Zweden verdwijnt deze in 2028). De term burn-out is in korte tijd uitgegroeid tot een breed begrip voor psychische en lichamelijke uitputting. Er kwam wetenschappelijke kritiek vanwege de overlap met depressie en het gebrek aan valide criteria.⁵ Tegelijk ontstond er een commerciële markt van coaches, programma's en zelfhulpboeken. Dit proces rondom burn-out lijkt daarmee op dat van eerdere en vergelijkbare begrippen als neurasthenie of overspannenheid (die inmiddels niet of nauwelijks meer gebruikt worden).⁶ Vooral de overeenkomsten met neurasthenie rond 1900 zijn opvallend. Neurasthenie werd gediagnosticeerd bij mensen die uitgeput raakten door de eisen van het moderne leven. Klachten als vermoeidheid, prikkelbaarheid en concentratieproblemen kwamen veel voor bij intellectuelen en zakenlieden. Ook toen was er een cultuur van behandelmethoden, zelfhulpboeken en experts. Uiteindelijk verdween de diagnose omdat het begrip te breed en niet goed bruikbaar bleek.⁶ Bijna iedereen leek eraan te kunnen lijden, wat het diagnostisch onbruikbaar maakte.

Burn-out lijkt op vergelijkbare wijze een maatschappelijk bruikbare term te zijn geworden. Het biedt taal voor uitputting zonder meteen te spreken over psychiatrische aandoeningen. De mens heeft altijd gezocht naar taal

om mentale overbelasting te duiden. Burn-out is daarmee geen modewoord, maar onderdeel van een bredere historische lijn.

Diagnostische dilemma's bij burn-out

Burn-out als diagnose

Burn-out wordt niet erkend als officiële psychiatrische diagnose in de DSM-5 of de ICD-11. Een belangrijke reden daarvoor is het ontbreken van eenduidige diagnostische criteria en empirische validatie. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) nam burn-out in 2019 wel op in de ICD-11 als syndroom dat voortkomt uit chronische werkstress, maar niet als medische aandoening. Burn-out wordt daarmee erkend als probleem, maar niet als op zichzelf staande (psychiatrische) aandoening.

In de praktijk wordt in Nederland vaak gewerkt met de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). Daarin wordt burn-out omschreven als een toestand van langdurige uitputting, verminderde controle over emoties en cognitieve processen, en een negatieve houding ten opzichte van werk.⁷ Hoewel deze criteria richting geven in de praktijk, zijn ze niet wetenschappelijk gevalideerd. Er is geen bewijs dat ze betrouwbaar onderscheid maken tussen burn-out, overspannenheid, depressie of angststoornissen. In tegenstelling tot depressie of angststoornissen is er voor burn-out geen gevalideerd diagnostisch interview. Bovendien stellen de richtlijnen expliciet dat de klachten niet uitsluitend voortkomen uit een psychiatrische stoornis, waarmee burn-out gepositioneerd wordt als iets wat zich buiten het psychiatrisch domein zou afspelen.

Burn-out, depressie en angststoornissen

De overlap tussen burn-out en depressie is groot. Symptomen als uitputting, anhedonie, verminderde motivatie, slaap- en concentratieproblemen komen bij beide voor. 60-90% van de mensen met een burn-outdiagnose voldoet ook aan de criteria voor een depressieve stoornis. Ernstige vermoeidheid komt bij meer dan 90% van de mensen met een depressie voor.⁸ Dit roept de vraag op of burn-out niet voor een deel een vorm van stressgerelateerde ontregeling is in plaats van een aparte entiteit. Ook de overlap met angststoornissen is aanzienlijk. Chronische werkstress kan leiden tot piekeren, vermijdingsgedrag en een verhoogd gevoel van dreiging, hetgeen kenmerken zijn van een gegeneraliseerde angststoornis (GAS). Mensen met burn-out ervaren vaak controleverlies, panieklachten en lichamelijke symptomen zoals hartkloppingen of spierspanning. Soms is er ook overlap met somatisch-symptoomstoornissen. Dit alles maakt het lastig om burn-out scherp af te bakenen van bestaande psychiatrische stoornissen. En behalve met depressie en angststoornissen is er ook nog overlap met de overgang en klachten die horen bij de menopauze.⁹

Burn-out of overspannenheid

In Nederland wordt onderscheid gemaakt tussen overspannenheid en burn-out. Overspannenheid zou korter duren (minder dan zes maanden) en gepaard gaan met klachten zoals prikkelbaarheid, controleverlies en slaapproblemen. Burn-out wordt gedefinieerd als ernstiger en langduriger, met meer nadruk op uitputting. Dit onderscheid is gebaseerd op consensus, en niet op empirisch bewijs. De grens van zes maanden lijkt wat arbitrair gekozen, en er is geen aanwijzing dat overspannenheid en burn-out fundamenteel verschillende processen of toestanden vertegenwoordigen.

Burn-out of aanpassingsstoornis

Internationaal wordt burn-out soms beschouwd als subtype van een aanpassingsstoornis.¹⁰ Volgens de DSM-5-TR is een aanpassingsstoornis een reactie op een identificeerbare stressor, met klachten die binnen drie maanden beginnen en verdwijnen zodra de stressor verdwijnt (maar uiterlijk binnen zes maanden). Burn-out voldoet vaak niet aan deze laatste voorwaarde en zou daarom strikt genomen geen aanpassingsstoornis zijn. Bovendien is de categorie aanpassingsstoornis zelf zeer heterogeen, met uiteenlopende symptomen zoals somberheid, gedragsstoornissen, suïcidaliteit en lichamelijke klachten. De grens tussen burn-out en aanpassingsstoornis is niet alleen medisch, maar ook sociaal en beleidsmatig relevant: in Nederland wordt de behandeling van aanpassingsstoornissen in de ggz niet meer vergoed, waarmee burn-out als onderdeel van de aanpassingsstoornis uit de psychiatrie verdween.

Vragenlijsten voor diagnostiek naar burn-out

Door het ontbreken van valide diagnostische criteria voor burn-out wordt in praktijk en onderzoek veel gebruikgemaakt van vragenlijsten, zoals de *Utrechtse Burn-out Schaal* (UBOS) of de *Burn-out Assessment Tool* (BAT). Deze instrumenten meten (voornamelijk) uitputting en mentale distantie. Met vragenlijsten kunnen we per definitie geen classificatie stellen en ze leiden bovendien tot forse overdiagnostiek.¹¹ Ook kunnen we met vragenlijsten geen goed onderscheid maken tussen burn-out, depressie of angststoornissen, en ze zijn daarom ongeschikt om hierin diagnostisch te helpen. Er is een correlatie van 0,82 tussen klachten van burn-out en 'werkgerelateerde' depressie (gemeten met de *Occupational Depression Inventory*).¹² Ook voorspellen scores op de BAT latere depressie beter dan burn-out. In Nederland wordt soms gesproken van 'burn-outklachten' als lichtere variant van een 'klinische' burn-out. Maar de definitie ervan is vaag: wie enkele keren per maand moe opstaat of zich leeg voelt na een werkdag, valt al in deze categorie. Statistieken dat een op de zes Nederlanders burn-outklachten heeft, zegt vooral iets over de lage drempel ervan, en laat zien dat de naam ongelukkig gekozen is. Het gaat waarschijnlijk om niet abnormale stressklachten. De suggestie van een glijdende schaal van lichte klachten naar een 'echte' burn-

out is niet goed onderbouwd.¹³ Bovendien verschillen de cijfers sterk per onderzoek: in een grote review uit 2018 (182 studies met 110.000 mensen, uit 45 landen) varieerde de burn-outprevalentie van 0 tot 81%, op basis van 142 verschillende definities.¹⁴ Dat laat zien hoe relatief en contextafhankelijk het begrip burn-outklachten is, en daarmee is het niet goed bruikbaar.

Burn-out als werkaandoening

Burn-out wordt vaak gepresenteerd als werkgerelateerd probleem, maar stress komt ook uit het privédomen.¹⁵ Financiële problemen, relatieproblemen of mantelzorg kunnen net zo goed tot uitputting leiden. Ook bij depressie speelt werkstress een rol, en dat studenten, werklozen en gepensioneerden ook burn-outachtige klachten rapporteren, laat zien dat de werkcomponent overschat wordt. De koppeling van burn-out aan werk is maatschappelijk begrijpelijk, maar is wetenschappelijk niet erg overtuigend. Het verklaart deels waarom burn-out tot nu toe buiten het psychiatrisch domein valt, terwijl de ernst en impact van de klachten psychiatrische betrokkenheid juist rechtvaardigen.

Burn-out in de psychiatrie: een ontbrekende diagnose?

Hoewel de term burn-out veel wordt gebruikt, bestaat er geen overeenstemming over wat burn-out precies is. De definities lopen uiteen, net als de diagnostische criteria die in de praktijk worden gehanteerd. Dat maakt de wetenschappelijke basis van burn-out kwetsbaar. Deze onduidelijkheid heeft directe gevolgen voor preventie en behandeling. Want als niet helder is wat burn-out inhoudt of hoe je het betrouwbaar kunt vaststellen, hoe kun je het dan goed voorkómen of behandelen? Het roept de vraag op of burn-out als zelfstandige diagnose moet blijven bestaan, of dat het geheel van klachten en symptomen dat eronder valt beter begrepen kan worden als een uitingvorm van andere aandoeningen zoals depressie, angst of stressklachten zonder diagnose. Nederland is wereldwijd vrijwel het enige land waar burn-out als aparte diagnose wordt gebruikt en erkend. Maar zonder heldere afbakening en wetenschappelijke onderbouwing blijft het een term die op (te) veel verschillende manieren wordt gebruikt. Niet alleen in de spreekkamer, maar ook in de media en het publieke debat. Met uiteenlopende definities en meetinstrumenten zijn cijfers en statistieken moeilijk onderling te vergelijken, en eenduidige en betrouwbare diagnostiek naar burn-out is er (nog) niet.

Burn-out laat zich bovendien lastig onderscheiden van depressies en angststoornissen. Veel klachten overlapten, zoals uitputting, piekeren, slaapproblemen en concentratiestoornissen. Er is ook overlap met lichamelijke klachten, zoals die rond de overgang. Dat maakt burn-out als zelfstandig ziektebeeld moeilijk verdedigbaar. Tegelijk is burn-out maatschappelijk gezien een alomtegenwoordig begrip geworden. Het wordt vaak gekoppeld aan werk, waardoor de nadruk ligt op werkhervatting

en stressreductie op het werk. Andere oorzaken blijven daarbij soms buiten beeld. Problemen in de thuissituatie, hormonale factoren of eerdere psychische kwetsbaarheid worden lang niet altijd meegenomen. Dat vergroot het risico dat mensen te laat of niet goed geholpen worden. Een deel van hen komt uiteindelijk toch terecht in de ggz, soms met een andere classificatie.

Toch is dit geen pleidooi om burn-out alsnog op te nemen in de DSM of ICD. Het probleem is niet zozeer dat het concept ontbreekt in classificatiesystemen, maar veel meer dat het onvoldoende is uitgewerkt en onderbouwd. Zelfs als burn-out een formele status zou krijgen, blijven de kernproblemen bestaan: onduidelijke afbakening, een magere wetenschappelijke basis en de grote overlap met andere aandoeningen. De echte uitdaging is om beter te begrijpen wat burn-out wel en niet is. We moeten weten hoe het zich verhoudt tot andere psychische klachten en hoe het past binnen de bredere context van zorg en samenleving.

Zolang die duidelijkheid ontbreekt, blijft burn-out vooral een maatschappelijk begrip dat verwijst naar overbelasting en ontregeling. Daarmee is het ook niet een helder gedefinieerd medisch probleem of aandoening. Dat hoeft geen bezwaar te zijn, zolang we die status ook niet impliciet suggereren. Juist daar ligt het risico: dat burn-out een schijnbaar heldere diagnose wordt, terwijl de wetenschappelijke grond nog ontbreekt. Overigens is erkenning van psychische ontregeling door stress essentieel, maar overmatige medicalisering kan soms juist averechts werken. Het is dus niet de bedoeling om alle vormen van ontregeling door te veel stress in de ggz te behandelen; dat is niet doelmatig of proportioneel.

De vrije markt rondom burn-out

De behandeling van burn-out is grotendeels verschoven naar de vrije markt, waarbij werkgevers en werkenden zelf betalen voor het aanpakken van burn-out. Dat komt misschien ook wel omdat burn-out geen formele plek heeft binnen de psychiatrie. Het gevolg is een sterke toename van coaches en therapeuten die zich richten op burn-out, waarbij wetenschappelijke onderbouwing er (nog) niet of beperkt is. Deze behandelingen zijn meestal goedbedoeld, maar de effectiviteit of veiligheid is vaak onbekend. Het gevolg is een wildgroei aan behandelprogramma's, variërend van mindfulness en wandelcoaching tot detoxweken en onlinetrajecten. Sommigen vinden er steun en herstel, anderen raken verder van passende zorg. Mensen met ernstige psychische klachten lopen het risico geen passende zorg te krijgen, langer dan nodig met klachten rond te lopen of zelfs schade op te lopen wanneer ze niet de juiste behandeling ontvangen.

De afwezigheid van betrouwbare en valide diagnostische criteria draagt bij aan deze situatie. Burn-out wordt soms toegewezen aan mensen met relatief lichte stressklachten, terwijl anderen met ernstige depressieve of angstklachten geen passende diagnose of behandeling krijgen. Klachten worden dan ten onrechte gezien als

burn-out, terwijl er sprake is van een andere psychiatrische stoornis (depressie of angststoornis) of een somatische aandoening (kanker of overgangsklachten). De aparte status van burn-out, buiten het psychiatrische domein en in de vrije markt, maakt aansluiting bij de psychiatrie lastig. Wat ontbreekt, is een toetsbaar en onderbouwd kader waarin duidelijk wordt wie gebaat is bij welke vorm van hulp. Zolang dat ontbreekt, blijft de behandeling van burn-out kwetsbaar, onoverzichtelijk en niet altijd in het belang van de patiënt.

Hoe verder met burn-out?

Mensen die langdurig thuiszitten met een burn-out ervaren een diepgaande fysieke en psychische ontregeling. Hoewel burn-out geen erkende psychiatrische diagnose is, doet dat niets af aan de ernst en impact van de klachten. Burn-out is een complex en moeilijk af te bakenen fenomeen waarbij medische, psychologische en maatschappelijke aspecten met elkaar verweven zijn. Juist dat vacuüm maakt dat burn-outbehandeling vaak buiten de reguliere zorg plaatsvindt. Mensen met lichte stressklachten krijgen soms intensieve trajecten, terwijl anderen met ernstige psychische problemen geen passende hulp ontvangen. De betrokkenheid van de psychiatrie zou daarom niet gericht moeten zijn op het medicaliseren van burn-out, maar op het bieden van structuur, beoordeling en richting in een veld dat nu vaak onduidelijk is. Het zou hoe dan ook helpen als we de muren tussen de bedrijfsgeneeskundige zorg (arbozorg) en curatieve zorg afbreken.

Hoe komen we verder? Er zijn grofweg twee elkaar aanvullende manieren. De eerste is het verdiepen van onze wetenschappelijke kennis. Gezien de voortdurende discussie over de overlap tussen burn-out, depressie en angststoornissen is het noodzakelijk om systematisch onderzoek te doen naar de overeenkomsten en verschillen tussen deze syndromen. Denk aan een grootschalige studie waarin mensen met psychisch ziekteverzuim worden onderzocht met gevalideerde interviews zoals het *Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID)* of het *Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI)*. Zo'n onderzoek is niet alleen van theoretisch belang, maar ook van groot praktisch nut. Als blijkt dat de meeste mensen met burn-outklachten ook voldoen aan de criteria voor een depressieve of angststoornis, dan vraagt dat om een herziening van het huidige behandelkader. Omgekeerd, als burn-out bij een deel van de mensen een uniek beloop heeft met specifieke kenmerken, dan is dat reden om te investeren in gerichte diagnostiek en behandeling. Mensen met ernstige stressklachten en vermoeidheid verdienen serieuze aandacht, ongeacht de naam die we eraan geven.

De tweede route is breder van aard en gaat over het begrijpen van stressontregeling als proces. Burn-out staat dan niet op zichzelf, maar is onderdeel van een spectrum van stressgerelateerde klachten waarin lichaam en geest uit balans raken. Chronische stress kan verstoringen geven in stresshormonen, slaap, stemming

en emoties. Die ontregeling kan zich uiten als wat we nu een burn-out noemen, maar ook als depressie, angst of lichamelijke klachten zonder duidelijke oorzaak. In die zin is het niet alleen van belang wát iemand voelt, maar ook hoe die klachten zijn ontstaan en hoe het stresssysteem is ontregeld.

De vraag is dan niet langer: heeft iemand burn-out of depressie, maar: hoe is iemand uit evenwicht geraakt, en wat is nodig om herstel in gang te zetten? Binnen het nationale en interdisciplinaire DESTRESS-initiatief proberen we dit beter te begrijpen (www.destress-project.nl). Door langdurige stress niet als een op zichzelf staand probleem te zien, maar als een proces dat verschillende uitkomsten kan hebben, ontstaat ruimte voor een meer samenhangende benadering. Daarmee kunnen ook betere preventie- en behandelstrategieën worden ontwikkeld waarin stressregulatie centraal staat. Tegelijk is het onrealistisch om te verwachten dat de term burn-out op korte termijn zal verdwijnen. Daarvoor is de maatschappelijke behoefte aan een woord voor uitputting en overbelasting te groot, dat laat de historie ook wel zien. Misschien dat we over enkele decennia een andere term gebruiken, zoals dat ook gebeurde met neurasthenie, overspannenheid en de managersziekte. Burn-out als begrip is inmiddels ingeburgerd en biedt mensen een manier om te benoemen dat het niet meer gaat, zonder meteen in psychiatrische terminologie te belanden. Dat is op zich waardevol. Niet iedereen met motivatieverlies of uitputting heeft een psychiatrische stoornis. Het bestaan van een maatschappelijk geaccepteerde term kan helpen om klachten bespreekbaar te maken en erkenning te krijgen. Juist daarom is zorgvuldigheid in het gebruik van termen belangrijk. Taal bepaalt hoe we denken over problemen, hoe we erover praten en hoe we ze behandelen. Een maatschappelijk begrip moet niet één op één worden vertaald naar een medische diagnose. Op dit moment is er geen overtuigend bewijs dat burn-out een goed omschreven en betrouwbaar vast te stellen aandoening is. De uitdaging is dan ook om mensen met ernstige stressklachten serieus te nemen, zonder hen onnodig te medicaliseren, maar ook zonder hen uit het domein van de geestelijke gezondheidszorg te houden. Dat vraagt om een betrokken, maar kritische rol van psychiaters

en andere professionals. Burn-out is geen duidelijk afgebakende stoornis, maar ook geen modeterm die we kunnen negeren. Het is een uitdrukking van psychisch en maatschappelijk onvermogen om vol te houden in een veeleisende wereld. Precies daarom is het belangrijk om het gesprek over burn-out voort te zetten.

LITERATUUR

- 1 Vinkers CH. In de ban van burn-out. Over de grenzen van stress. Amsterdam: Prometheus; 2021.
- 2 Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15: 103-11.
- 3 Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, e.a. Psychometric properties of burnout measures: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2021; 30: e8.
- 4 Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* 2008; 14: 204-20.
- 5 Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. The trouble with burnout: an update on burnout-depression overlap. *Am J Psychiatry* 2019; 176: 79.
- 6 Taylor RE. Death of neurasthenia and its psychological reincarnation: a study of neurasthenia at the National Hospital for the Relief and Cure of the Paralysed and Epileptic, Queen Square, London, 1870-1932. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 550-7.
- 7 Verschuren CM, Nauta AP, Bastiaanssen MHH, e.a. Richtlijn één lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout. Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burnout voor eerstelijns professionals. Amsterdam/Utrecht: LVE/NHG/NVAB; 2011. https://nvab-online.nl/app/uploads/2024/10/MDRL_Overspanning-Burnout.pdf. [
- 8 Fava M, Ball S, Nelson JC, e.a. Clinical relevance of fatigue as a residual symptom in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2014; 31: 250-7.
- 9 Verdonk P, Bendien E, Appelman Y. Menopause and work: A narrative literature review about menopause, work and health. *Work* 2022; 72: 483-96.
- 10 Cornelius LR, Brouwer S, de Boer MR, e.a. Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 192-207.
- 11 Thombs BD, Kwakkenbos L, Levis AW, e.a. Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *CMAJ* 2018; 190: E44-9.
- 12 Bianchi R, Cavalcante DC, Queiros C, e.a. Validation of the Occupational Depression Inventory in Brazil: A study of 1612 civil servants. *J Psychosom Res* 2023; 167: 111194.
- 13 Roelen CA, van Hoffen MF, Groothoff JW, e.a. Can the Maslach Burnout Inventory and Utrecht Work Engagement Scale be used to screen for risk of long-term sickness absence? *Int Arch Occup Environ Health* 2015; 88: 467-75.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Christiaan Vinkers, psychiater en hoogleraar Stress en Veerkracht, Amsterdam UMC en GGZ InGeest, Amsterdam.

Correspondentie

Christiaan Vinkers (c.vinkers@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-7-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):468-472