

De posttraumatische stress-stoornis: bedrijfsrisico voor behandelaars?

Een onderzoek naar werkstress bij traumatherapeuten

A.J.M. SMITH, W.CHR. KLEIJN, J.A. STEVENS

ACHTERGROND In de literatuur over de posttraumatische stress-stoornis wordt gewaarschuwd voor nadelige effecten op behandelaars, zoals traumategenoverdracht, secundaire traumatisering en verplaatste traumatisering. Er is nauwelijks empirisch onderzoek naar het vóórkomen van deze reacties en de relatie tot ervaren werkbelasting.

DOEL Onderzoek naar de mate van belasting van behandeling van getraumatiseerde patiënten en naar de samenhang met kenmerken van de patiëntengroep en de ernst van de posttraumatische stress-symptomatologie. Daarnaast werden werkomgevingsfactoren onderzocht op hun bijdrage aan emotionele belasting en burnout.

METHODEN Vragenlijstonderzoek onder alle 129 medewerkers van een trauma-instituut.

RESULTATEN De resultaten wijzen op een hoge ervaren emotionele belasting, samenhangend met het behandelen van getraumatiseerde patiënten. Er is een verband tussen emotionele belasting en angstreacties en heftigheid van de PTSS-problematiek. Duidelijkheid over taak en verantwoordelijkheid spelen een stressmatigende rol. Bij burnout lijkt de verhouding van de medewerker tot de organisatie meer van invloed dan patiëntgebonden factoren.

CONCLUSIE Preventie lijkt vooral gericht te moeten zijn op reductie van het angstniveau in moeilijke werksituaties, op de ondersteunende rol van het team en duidelijkheid in taken en verantwoordelijkheden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 1, 7-19]

TREFWOORDEN burnout, posttraumatische stress-stoornis, werkstress

De posttraumatische stress-stoornis (PTSS) staat sterk in de belangstelling. In het Tijdschrift voor Psychiatrie verschenen sinds 1994 vijftien artikelen met PTSS als trefwoord. Grofweg beschrijven deze artikelen ‘gevolgen van traumatisering’, ‘diagnostiek’ en ‘behandeling’. Hoewel in de traumaliteratuur regelmatig aandacht wordt besteed aan de effecten die traumabehandelingen kunnen hebben op de therapeut (Van der Veer 1991; Pearlman & Saakvitne 1995; Danieli 1988; Wilson & Lindy 1994; Herman 1992), zijn die

in bovengenoemde reeks slechts eenmaal aan de orde gesteld. Vanderlinden (1996) uitte in een boekbespreking zijn teleurstelling over het ontbreken van een specifieke aanpak voor de preventie en behandeling van de ‘belangrijke en niet te onderschatten bijwerking van therapie met ernstig getraumatiseerden...: therapeuten worden in groten getale getroffen door “secondary traumatic stress”’ (p. 877). Er is nog niet veel empirisch onderzoek naar deze effecten gedaan. Lansens (1993) inventariseerde het voorkomen van vica-

rious traumatization bij 23 centra voor traumabehandeling in de wereld. De antwoorden wezen erop dat ongeveer 10% procent van de traumatherapeuten hierdoor getroffen was. Hafkenscheid publiceerde een onderzoek naar het voorkomen van vicarious traumatization onder Nederlandse traumatherapeuten (1993). Ook zijn er enkele vragenlijsten ontwikkeld, maar die zijn nog niet gevalideerd (Figley 1995a; Pearlman & Saakvitne 1995). Verder zijn de gebruikte concepten voor de effecten op de therapeut – ‘traumaspecifieke tegenoverdracht’, ‘secundaire traumatisering’, ‘compassion fatigue’ en ‘verplaatste (vicarious) traumatisering’ – niet eenduidig omschreven. Het gebied is daardoor moeilijk toegankelijk.

Onderzoek naar emotionele belasting en burnout binnen de werksituatie wordt gewoonlijk gestuurd door verschillende stress- en copingtheorieën. Het interactioneel stressmodel (Folkman e.a. 1985; Terry e.a. 1995; Dewe 1992; Bijl & Lemmens 1993) biedt een bruikbaar kader voor het onderzoek naar werkstress bij traumatherapeuten. In dit model kunnen vier aspecten worden onderscheiden: (1) stressverhogende factoren (moeilijke situaties, kenmerken van de werkomgeving); (2) de beleving (*appraisal*) van de situatie (cognitieve en emotionele reacties); (3) de preferente copingstijl (professionele of persoonlijke voorkeuren die bepalen hoe een moeilijke situatie wordt gehanteerd); en (4) uitkomstmaten als ervaren emotionele belasting, burnout, ziekteverzuim, tevredenheid en gezondheid in het algemeen. Bij traumatherapie kunnen ‘secundaire traumatisering’ en ‘verplaatste traumatisering’ als uitkomstmaten worden toegevoegd. Secundaire traumatisering is de term die staat voor PTSS-achtige klachten van de therapeut, zoals intrusieve beelden of gedachten, nachtmerries en hyperarousal. Deze klachten zouden ontstaan door de impact van de verhalen van de getraumatiseerden op de therapeut (Figley 1995; Figley & Kleber 1995). Secundaire traumatisering kan gezien worden als een onvoldoende gelukte normale verwerkingsreactie. Verplaatste traumatisering duidt op (negatieve) veranderingen

in basale cognities en fundamentele waarden van de therapeut (McCann & Pearlman 1990). Janoff-Bulman (1992) noemt drie groepen basale cognitieve schema's. Onder de eerste groep valt het geloof in de goedheid van de wereld en de innerlijke goedheid van mensen. De tweede groep gaat over betekenisvolheid van de wereld; hieronder vallen ook rechtvaardigheid van wat mensen overkomt, controleerbaarheid van gebeurtenissen en toeval. De laatste groep heeft betrekking op eigenwaarde: moreel karakter, zelfcontrole en een gunstig persoonlijk lot (geluk hebben). Iedere traumatherapeut staat voor de taak het geweld waarmee hij in zijn werk wordt geconfronteerd, een plaats te geven in zijn eigen mensen wereldbeeld. Dit is een accommodatietaak die niet per se een negatieve uitkomst hoeft te hebben.

ONDERZOEKSVRAGEN

Het verkrijgen van inzicht in de ervaren belasting bij traumatherapeuten en de daarmee samenhangende factoren was onderwerp van een exploratief onderzoek in een psychotrauma-instituut. Dit onderzoek had onder meer tot doel aanknopingspunten te vinden voor preventief stressmanagement. In dit artikel zullen resultaten besproken worden die betrekking hebben op de volgende vraagstellingen: (1) Hoe belastend is de behandeling van ernstig getraumatiseerde patiënten voor de therapeut? (2) Heeft de mate en de aard van de emotionele belasting te maken met kenmerken van de patiëntengroep en de ernst van de PTSS? (3) Spelen werkomgevingsfactoren een rol in de ervaren emotionele belasting?

Op grond van de genoemde literatuur en de resultaten van een in 1995 gehouden ARBO-enquête (Ridderbos 1995) was de verwachting dat er sprake zou zijn van een hoge emotionele belasting van traumatherapeuten. Herhaaldelijk is bij onderzoek een relatie gevonden tussen de ernst van de ondergane traumatische ervaringen en de ernst van PTSS-klachten (Hovens 1994; Roodenrijs e.a. 1998; Schreuder e.a. 1997). Parallel

hieraan zouden ook traumatherapeuten, mede door het sterke emotionele appèl van traumaverhalen, een grotere kans lopen op 'compassion fatigue' (Figley 1995a), een begrip dat veel overeenkomst heeft met burnout. Uit burnoutonderzoek blijkt dat naast therapeut- en patiëntgerelateerde factoren ook de werkomgeving van belang is (Van Dierendonck 1997). De verwachting was dan ook dat team- en organisatiegebonden factoren positief of negatief zouden bijdragen aan het totaal van de ervaren belasting van therapeuten.

METHODE

Onderzoeksopzet Het onderzoek werd opgezet als een verkenning van een terrein waarin enerzijds wel veel concepten (theoretisch) van belang zijn, maar waar anderzijds nog niet veel ervaring is opgedaan met de operationalisering van een aantal van die begrippen. De vragenlijst werd daarom samengesteld rondom een beproefd instrument (de Maslach Burnout Inventory, MBI), aangevuld met enkele nieuwe instrumenten die tezamen de onderwerpen van het onderzoeksmodel bestreken. Hier worden alleen de voor dit artikel relevante onderdelen van de vragenlijst nader besproken¹. De betrouwbaarheid van de subschalen werd bepaald met Cronbachs alfa.

Onderzoeksgroep Alle deelnemers aan het onderzoek waren werkzaam bij een categorale instelling voor de behandeling van Nederlandse oorlogsslachtoffers en getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers (in het vervolg het 'trauma-instituut').

Aan alle medewerkers van het trauma-instituut werd een vragenlijst toegestuurd ($n = 129$). In totaal werden 92 vragenlijsten geretourneerd: een respons van 71% (sociotherapeuten 51%, therapeuten 84%, beheermedewerkers 68%). Binnen de onderzoeksgroep was de verdeling over de groepen medewerkers als volgt: 20 (22%) sociotherapeuten, 43 (47%) therapeuten (psychotherapeuten, psychiaters, non-verbaal therapeuten en

maatschappelijk werkers) en 28 (31%) medewerkers beheer (huishoudelijk en administratief personeel); van één respondent was de discipline niet bekend. De verdeling over de afdelingen voor Nederlandse oorlogsgetroffenen (WO) en vluchtelingen en asielzoekers (VL) was respectievelijk 67% versus 33%.

Instrumenten De vragenlijst begint met zeventien vragen over demografische gegevens, tevredenheid met het werk, ziekteverzuim en gezondheid en emotionele belasting door het werk. Daarna volgen enkele vragenlijsten thematisch geordend naar de belangrijkste concepten in het model. (a) Burnout werd gemeten met de Maslach Burnout Inventory (MBI), het meest gebruikte instrument voor de registratie van burnout en voor Nederland gevalideerd (Schaufeli & Dierendonck 1994). De 22 items omvatten drie schalen: 'emotionele uitputting' ($\alpha = 0,89$), 'vervreemding' ($\alpha = 0,75$) en 'voldoening' ($\alpha = 0,75$). (b) Emotionele beleving van een zelfgekozen moeilijke situatie werd gemeten met de STRESS Appraisal Inventory (STRAIN). De STRAIN bevat vijf opzichzelfstaande items over de impact van de gebeurtenis en zeven schalen over de emotionele beleving: 'verdriet' ($\alpha = 0,77$), 'boos' ($\alpha = 0,89$), 'angst' ($\alpha = 0,67$), 'schrik' ($\alpha = 0,61$), 'uitgeput' ($\alpha = 0,88$), 'verantwoordelijk' ($\alpha = 0,73$) en 'in de war' ($\alpha = 0,70$). (c) Voor slaapklachten ($\alpha = 0,68$) en nachtmerries ($\alpha = 0,82$) werd de Nachtelijke Intrusie na Traumatische Ervaringen (NITE) gebruikt (Schreuder e.a. 1998). In dit onderzoek werd de lijst gebruikt om slaapverstorende gedachten en dromen te meten, die een teken kunnen zijn van werkstress of belasting door traumatisch materiaal uit psychotherapieën (secundaire traumatisering). (d) Mensbeeld werd onderzocht met de World Assumptions Scale-retro (WAS-R), die drie van de vijf oorspronkelijke WAS-schalen (Janoff-Bulman 1989; Prager & Solomon 1995) bevat: 'good world' ($\alpha = 0,81$), 'good people' ($\alpha = 0,80$) en 'just world' ($\alpha = 0,83$). (e) De vragen over werkbeleving bevatten 31 items verdeeld over acht schalen, waarvan er hier zes aan de orde zijn ('team' en

‘duidelijkheid’; ‘werkplezier’ en ‘opzien’, gecombineerd tot een schaal ‘tegenzin’; ‘loyaliteit’ en ‘ontslagintentie’; α -range = 0,72-0,88).

Data-analyse Door de verkennende opzet maakte het onderzoek gebruik van relatief veel (sub)schalen. Hierdoor werd het weliswaar mogelijk diverse theoretische invalshoeken op hun mogelijkheden te beoordelen, maar het uitvoeren van veel analyses verhoogde ook het risico op kanskapitalisatie (het ten onrechte uit de uitkomsten concluderen van een relatie tussen de onderzochte variabelen of kenmerken). Door de grenzen voor statistische significantie te verhogen – wat dit gevaar zou kunnen verkleinen – zouden relevante signalen dan misschien niet meer zichtbaar kunnen worden. Dit leek ons strijdig met het verkennende karakter van het onderzoek. In de analyse werd daarom een onderscheid gemaakt naar vragen waarbij het statistisch toetsen van belang was, en vragen die zich meer leenden voor beschrijvende analyses. De werkstressvariabelen en de variabelen die de beleving van een moeilijke situatie meten, werden beschouwd als kernvariabelen in de probleemstelling, zodat bij de analyses met deze maten het toetsend karakter op de voorgrond stond (gekozen werd voor MANOVA’s als analysetechniek).

In de beschrijvende analyses werden door middel van frequentietellingen, chi-kwadraattoetsen (bij categorale gegevens) en t-toetsen (bij continue variabelen) de bevindingen in kaart gebracht die relevant zijn voor de onderzochte doelgroep. Correlaties tussen variabelen werden berekend met Spearmans rangordecorrelaties. Bij deze verkenning werden de gegevens over statistische significantie vooral opgevat als mogelijke aanwijzingen voor nader onderzoek. Voor de bepaling van de belangrijkste factoren in relatie tot de uitkomstmaten werden tot slot enkele stapsgewijze multiële-regressieanalyses uitgevoerd. In tabel 1 zijn de variabelen en analysemethoden samengevat.

RESULTATEN

Na een korte bespreking van de biografische kenmerken van de onderzoeksgroep komen in de bespreking van de resultaten achtereenvolgens de drie onderzoeksvragen aan de orde. Onderzoeksvraag één, de mate van belasting, werd onderzocht met de vragen naar tevredenheid en gezondheidstoestand, de algemene vraag naar emotionele belasting en met de burnoutvragenlijst. Voor de beantwoording van vraag twee gaven de emotionele reactie in moeilijke situaties en verschillen tussen de afdelingen zicht op kenmerken van de als belastend ervaren problematiek. Exploratief onderzocht werden slaapproblemen en veranderingen in het wereldbeeld van therapeuten als indicaties voor de aard van de emotionele belasting. Ter beantwoording van onderzoeksvraag drie werden analyses gedaan van de bijdragen in emotionele belasting en burnout van respectievelijk de persoonlijke beleving van moeilijke situaties en de werkbeleving.

Biografische gegevens De man/vrouwverhouding was 40%/60%. Meer dan de helft van de respondenten (62%) was boven de 40 jaar. Kortere dan 3 jaar in dienst was 35% van de deelnemers, 20% 3-5 jaar en 45% 5 jaar of langer. Bij vergelijking tussen de afdelingen werden significante verschillen gevonden voor de aanstellingsperiode bij de instelling en het opleidingsniveau. De respondenten van de afdeling VL waren korter in dienst dan die van WO ($\chi^2 = 27,8$; $df = 6$; $p < 0,01$) en hadden vaker een opleiding op HBO-niveau ($\chi^2 = 11,5$; $df = 3$; $p < 0,01$).

Tevredenheid en gezondheid Van alle deelnemers was 35% ‘heel tevreden’ met het werk. Er werden geen significante verbanden gevonden tussen tevredenheid en afdeling of functie. De algemene vraag naar de eigen gezondheid werd door 92% van de respondenten met ‘goed’ of ‘heel goed’ beantwoord; 8% procent was in het afgelopen jaar langer dan drie weken ziek.

TABEL 1 Overzicht van variabelen en analysemethoden

Analysemethode	Dimensie	Subschaal	Onafhankelijke variabelen	
Toetsend onderzoek MANOVA 1	emotionele belasting			
	burnout (MBI-NL)	emotionele uitputting	werksetting (WO versus VL)	
		voldoening	functie (sociotherapeut versus	
	tegenzin	vervreemding (plezier; opzien)	overige behandelaren)	
MANOVA 2	emotionele reactie in moeilijke situatie (STRAIN)	verdriet boos angst schrik uitgeput verantwoordelijk in de war	werksetting functie	emotionele belasting (hoog versus laag)
Exploratief onderzoek T-toetsen	emotionele reactie	(STRAIN-subschalen)	emotionele belasting (hoog versus laag)	
	emotionele reactie	(STRAIN-subschalen)	werksetting functie	
			aard moeilijke situatie	
	slaapstoornissen (NITE)	slaapklachten nachtmerries	werksetting functie	
Correlaties	wereld-/mensbeeld (WAS-retro)	good world good people just world	werksetting functie	
	emotionele belasting			
	burnout			
Multiële regressieanalyses	slaapstoornissen			
	wereld-/mensbeeld			
	emotionele belasting		werk	team duidelijkheid loyaliteit veranderwens
	tegenzin			angst
	burnout	emotionele uitputting	emotionele reactie	uitgeput in de war

WO = afdeling Nederlandse Oorlogsgetroffenen

VL = afdeling Vluchtelingen en asielzoekers

MBI-NL = Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory

STRAIN = Stress Appraisal Inventory

NITE = Nachtelijke Intrusie na Traumatische Ervaringen

WAS = World Assumptions Scale

Emotionele belasting en burnout Met een multivariate variantieanalyse werd de samenhang onderzocht tussen de werkstressmaten (emotionele belasting, werk-tegenzin en burnout) met 'functie' (sociotherapeuten versus overige behandelaren) en 'werksetting' (VL versus WO). Omdat de MBI-items op patiëntcontacten toegesneden formuleringen bevatten, werden de beheermedewerkers in deze analyse buiten beschouwing gelaten. Uit de analyse bleek een significante samenhang met de factor werksetting ($F[5,47] = 3,46$; $p = 0.01$), maar niet met functie en er was geen significante interactie tussen deze twee factoren. Een univariate verkenning liet zien dat deze samenhang in belangrijke mate beïnvloed werd door de werkstressmaat 'emotionele belasting', met een significant hogere mate van belasting in de werksetting VL ($F[1,51] = 7,59$; $p = 0.008$).

Conform de verwachting bleek ook tussen de beheermedewerkers en de behandelstaf een significant verschil te bestaan in beleving van de 'emotionele belasting', die door respectievelijk 11% en 45% werd benoemd als 'nogal' of 'zeer belastend'. De schalen 'werk-tegenzin' en 'MBI-uitputting' hingen, zoals verwacht, vrij hoog met elkaar samen ($n = 62$; $r = 0.60$; $p < 0.01$). Bij gebruik van de schaal 'werk-tegenzin' als burnoutmaat bij een vergelijking tussen 'beheermedewerkers' en 'behandelmedewerkers', bleek het verschil tussen deze groepen niet significant.

In tabel 2 zijn de gemiddelde burnoutscores van PTSS-behandelaars vergeleken met die van een groep GGZ-medewerkers ($n = 925$) (Bijl & Lemmens 1993). De onderzoeksgroep was meer belast en voelde minder voldoening dan de GGZ-groep.

Moeilijke situaties De door de behandelaars kort beschreven moeilijke situaties werden ondergebracht in de categorieën 'moeilijke situatie met patiënt' (WO 35%, VL 61%), 'met collega' (WO 43%, VL 13%) of 'organisatie' (WO 22%, VL 22%). In VL werden vooral patiëntensituaties genoemd, al is het verschil net niet significant ($\chi^2 = 7,7$; $df = 3$; $p = 0.05$). De moeilijke situaties met een patiënt hadden vooral betrekking op agressie. In de situaties met collega's ging het om conflicten binnen het team over behandelbeleid, taakopvatting, onvoldoende respect of communicatiestoornissen in het algemeen. Organisatiegerelateerde problemen hadden betrekking op werkdruk of de werksituatie (carrièreplanning, nieuwe afdeling). Op de impactitems van de STRAIN werd de uitspraak: 'ik vond (de beschreven situatie) zeer belastend' door 87% van de respondenten onderschreven, 64% voelde zich machteloos en 8% (vijf deelnemers) vond de situatie levensbedreigend.

Emotionele beleving van de moeilijke situatie De emotionele reactie in de beschreven situatie werd bepaald met de subschalen van de STRAIN: 'ver-

TABEL 2 Burnout bij PTSS-behandelaars en een GGZ-groep (Bijl & Lemmers 1993)

	PTSS-behandelaars ($n = 62$)			GGZ ($n = 925$)	One-sample t-test		
Maslach Burnout Inventory	n	gem.	s.d.	gem.	t	df	p
Emotionele uitputting	59	20,0	7,7	17,5	2,47	58	*
Voldoening	62	33,7	4,4	38,7	-9,05	61	***
Vervreemding	61	7,2	4,6	6,4	1,33	60	n.s.
PTSS = posttraumatische stress-stoornis							
* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$; n.s. = niet-significant							

driet', 'boos', 'angst', 'schrik', 'uitgeput', 'verantwoordelijk' en 'in de war'. In een multivariate analyse met 'werksetting', 'functie' (sociotherapeuten, andere behandelaren, beheermedewerkers) en 'emotionele belasting' (de 4-puntschaal 'emotionele belasting' werd voor deze berekeningen gewijzigd in een categorale variabele 'hoog belast' versus 'laag belast') als onafhankelijke factoren en de STRAIN-subschalen als afhankelijke maten werden significante effecten gevonden voor emotionele belasting ($F[7,49] = 3,94; p = 0.002$) en een interactie-effect voor functie met emotionele belasting ($F[14,98] = 3,07; p = 0.001$).

Figuur 1 illustreert het verschil in gerapporteerde emotionele reacties in de beschreven situatie voor de groep behandelaren met lage ($n = 34$) en de groep met hoge emotionele belasting door het werk ($n = 28$). Op bijna alle schalen scoort de hoogbelaste groep hoger. Verschillen zijn met name aanwezig bij de schalen 'angst' en 'uitgeput'.

Bij explorerende t-toetsen scoorden VL-behandelaars wat betreft 'angst' hoger dan WO-behandelaars ($t = 2,07; df = 58; p < 0.05$); de scores op de andere onderzochte gevoelens hadden geen significant verband met de werksetting. In patiëntgebonden situaties werd vaker angst gerap-

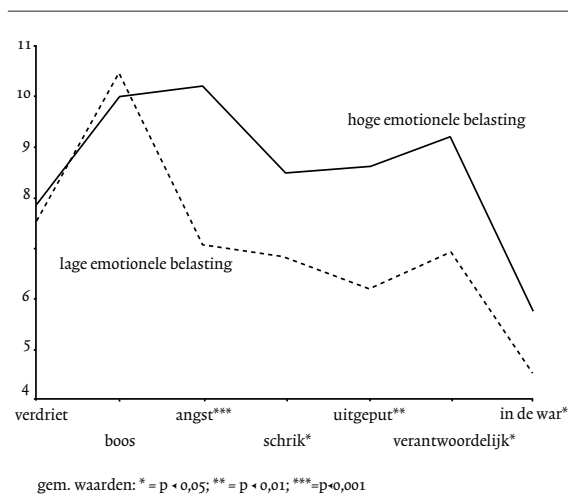
porteerd ($t = 2,17; df = 56; p < 0.05$), terwijl boosheid vooral met situaties met collega's verbonden was ($t = 3,59; df = 54; p = 0.001$).

Slapen Slaapklachten werden onderzocht aan de hand van drie items over onrustige slaap. Van alle medewerkers van het trauma-instituut ($n = 92$) gaf 35% aan 's nachts geregeld (of vaker) wakker te worden; 21% had na ontwaken moeite met inslapen en 15% werd 's ochtends te vroeg wakker. Angstdromen en nachtmerries, gedefinieerd als het wakker worden door een angstdroom, kwamen geregeld of vaker voor bij 7% van de respondenten. De gevonden verschillen tussen beheer- en behandelmedewerkers waren niet significant. Slaapklachten en nachtmerries bleken geen significant verband te hebben met afdeling of functie. Wel bleken problemen met inslapen na ontwaken meer voor te komen bij emotioneel belaste respondenten (Spearman's $\rho = -0,27; p < 0.05$) en bij emotionele uitputting ($\rho = -0,35; p < 0.01$). Bij uitputting werden respondenten ook vaker 's nachts wakker ($\rho = 0,27; p < 0.05$). Voor nachtmerries werden geen significante verbanden gevonden met emotionele belasting of uitputting.

Mensbeeld Veranderingen in het mensbeeld van behandelaren werden onderzocht met de schalen 'good world', 'good people' en 'just world'. Er waren geen significante verschillen tussen beroepsgroepen en werksetting. Ook was er geen significant verband tussen mensbeeld en de mate van emotionele belasting, maar wel tussen 'good world' en de MBI-schalen 'emotionele uitputting' (Spearman's $\rho = -0,40; p < 0.01$), 'voldoening' ($\rho = 0,31; p < 0.05$) en 'vervreemding' ($\rho = -0,29; p < 0.05$). Verder werd alleen een significant verband gevonden tussen 'good people' en MBI-emotionele uitputting ($\rho = -0,33; p < 0.01$).

Belasting en werk De mate van emotionele belasting en burnout kan behalve door patiëntgebonden belastende factoren ook beïnvloed worden door de werkomgeving. Onderzocht

FIGUUR 1: Emotionele reactie op een belastende situatie



werden teamgebonden factoren ('team' en 'duidelijkheid') en factoren die de organisatie in breder verband betreffen ('loyaliteit' en 'veranderwens'). Middels een regressieanalyse werd gezocht naar de bijdrage van respectievelijk werkomgeving- en patiëntgerelateerde factoren aan 'emotionele belasting' en 'tegenzin'. De resultaten hiervan zijn weergegeven in tabel 3. Emotionele belasting bleek vooral bepaald door angst en (on)duidelijkheid van verantwoordelijkheid, terwijl bij de burnoutmaten vooral gevoelens van uitputting en vervreemding en organisatiegebonden factoren meespelen.

DISCUSSIE

De behandeling van patiënten met post-traumatische klachten heeft een prominente plaats gekregen in het geheel van het psychia-

trisch handelen. Zeker in gespecialiseerde instellingen krijgt de behandelaar te maken met patiënten die ernstig, moedwillig toegebracht, interpersoonlijk geweld hebben ervaren en bij wie meestal de diagnose PTSS is gesteld. Dit onderzoek betreft vooral de vraag of het behandelen van deze groep patiënten bij de therapeuten leidt tot een verhoogde emotionele belasting en gezondheidsrisico's.

De respons van de onderzoeksgroep (71%) stak gunstig af bij de respons van 56,1% van GGZ-werknemers (Bijl & Lemmens 1993). Hoe de relatief lage respons van de sociotherapeuten kan worden verklaard is niet duidelijk. Mogelijk spelen hier wisselende diensten en het ontbreken van een eigen werkplek waar de enquête kon worden ingevuld, een rol. Gezien de anonimiteit was het niet mogelijk de groep non-responders te vragen naar de redenen van het niet-deelnemen.

TABEL 3 Samenvatting van resultaten van drie multipele regressieanalyses met respectievelijk 'emotionele belasting', 'tegenzin' en MBI-schaal 'emotionele uitputting' als afhankelijke variabelen

	behandelaars (n = 62)								
	emotionele belasting			tegenzin in het werk			MBI emotionele uitputting		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
beleving moeilijke situatie									
angst	0,43	3,74	***			n.s.			n.s.
in de war			n.s.	0,31	3,06	**			n.s.
uitgeput			n.s.			n.s.	0,39	3,26	**
werkomgeving									
duidelijkheid	-0,35	-3,02	**			n.s.			n.s.
loyaliteit			n.s.	-0,26	-2,25	*			n.s.
veranderwens			n.s.	0,42	3,68	***	0,36	2,99	**
$R^2 = 41\%$, $df(49)$, $F = 16,8^{***}$									$R^2 = 54\%$, $df(48)$, $F = 118,5^{***}$
Methode is 'stapsgewijs'; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; n.s. = niet-significant									$R^2 = 39\%$, $df(48)$, $F = 15,2^{***}$
MBI = Maslach Burnout Inventory									

Mate van belasting Een eerdere enquête naar de werkomstandigheden van de medewerkers op het trauma-instituut gaf aanwijzingen voor meer 'geestelijke belasting', meer 'confrontatie met dingen die de medewerker persoonlijk raken', meer 'mentale uitputting' en vaker een 'leeg gevoel aan het eind van een dag' in vergelijking met een referentiegroep (Ridderbos 1995). In het huidige onderzoek werden deze bevindingen bevestigd. Desondanks voelden respondenten zich gezond en was het langdurig ziekteverzuim relatief laag. Met enige voorzichtigheid (de vragen waren niet exact hetzelfde) kunnen de uitkomsten vergeleken worden met die uit onderzoek onder GGZ-medewerkers (Bijl & Lemmens 1993). Ook bevolkingsgegevens zijn hieraan ontleend. De groep behandelaars van het trauma-instituut gaf blijk van een hoge emotionele belasting en een vergeleken met GGZ-medewerkers verhoogd burnoutniveau. De gezondheid van de onderzoeksgroep was beter dan die van de referentiegroepen. Zowel de beleving van gezondheid (92% van de onderzoeksgroep versus 81% van de GGZ-medewerkers en 82-88% van de algemene bevolking, voelde zich goed tot zeer goed gezond) als de percentages 'niet-ziek' (29% van de respondenten was niet ziek geweest in het afgelopen jaar, APZ-medewerkers 9%) of 'langdurig ziekteverzuim' (8% was langer ziek dan drie weken, GGZ 31%) wijzen hierop. Mogelijk weerspiegelt het relatief veel voorkomende frequent kortdurend ziekteverzuim (Ridderbos 1995) één van de manieren waarop traumabehandelaars omgingen met de hoge emotionele belasting. Deze bevindingen zouden ook verklaard kunnen worden door zelfselectie of door kenmerken van het werkklimaat.

Belasting en kenmerken van de patiëntengroep Om de vraag te kunnen beantwoorden of karakteristieken van de patiëntengroep invloed hadden op de mate van belasting, werden verschillen tussen de werksettings WO en VL onderzocht. Op de afdeling WO worden Nederlandse patiënten met oorlogservaringen uit een verderliggend

verleden behandeld. Op de afdeling VL zijn de patiënten jonger, de PTSS-verschijnselen vaak heftiger en de communicatieproblemen groter. De functie werd in de analyse betrokken om invloed van het algemeen organisatieklimaat – ook van invloed op beheermedewerkers – te kunnen onderscheiden van patiëntgebonden invloeden. Daarnaast hebben met name sociotherapeuten vaak directer met heftige en mogelijk acuut dreigende situaties op de afdeling te maken dan andere behandelaars.

Omdat de MBI sterk is toegespitst op hulpverleners werden in de eerste multivariate analyse alleen behandelaars betrokken. Behandelaars van de afdeling VL bleken meer last van werkstress te hebben dan die op WO. Met name de emotionele belasting was op VL hoger (MANOVA-1). De intensiteit van de emotionele reactie werd vooral bepaald door het niveau van ervaren emotionele belasting, waarbij een interactie-effect optrad met functie (MANOVA-2).

Dat de hogere emotionele belasting met de behandeling van patiënten te maken heeft, wordt ondersteund door enkele aanvullende gegevens. Als eerste is er een groot verschil in emotionele belasting tussen behandelaars en beheermedewerkers. Ten tweede noemden de VL-respondenten vaker patiëntgebonden situaties dan WO-respondenten, hoewel de impact van de beschreven moeilijke situaties voor de respondenten van beide werksettings vergelijkbaar was. Ten derde bleek bij verdere exploratie van verschillen tussen beide werksettings in de emotionele reactie op moeilijke situaties dat angst vaker verbonden was met situaties met patiënten (dan met collega's). Angst werd vaker gerapporteerd door VL-medewerkers, wat er ook op kan wijzen dat het ziektegedrag en de ernst van de symptomen van de VL-patiënten moeilijker te hanteren waren.

Het ontbreken van een verband tussen gevoelens als verdriet en boosheid met afdelingsgebonden factoren of emotionele belasting (figuur 1) kan erop wijzen dat behandelaars deze gevoelens meer accepteerden en/of binnen de

werkomgeving konden hanteren.

Medewerkers van het trauma-instituut hadden meer last van een onrustige slaap dan een referentiegroep (studenten, $n = 73$; trauma-instituut 35% geregeld tot altijd 's nachts wakker, studenten 21%; $\chi^2 = 4,05$; $df = 1$; $p < 0,05$). Deze slaapstoornis bleek samen te hangen met een hoge burnoutscore, maar – gezien het ontbreken van afdelings- en discipline-effecten – niet met de kenmerken van de patiëntenpopulatie of PTSS-problematiek. Nachtmerries kwamen bij de onderzoeksgroep niet vaker voor dan bij de groep studenten, en er was geen verband tussen nachtmerries en emotionele belasting of burnout. Deze combinatie van gegevens suggereert dat de slaapstoornis meer verband zou kunnen houden met burnout dan dat deze een teken zou zijn van secundaire traumatisering, waarbij we naast nachtelijke onrust ook nachtmerries zouden verwachten. Hafkenscheid (1993) concludeerde op basis van hoge scores op de Schokverwerkingslijst bij 15-20% van de door hem onderzochte traumatherapeuten dat *vicarious traumatization* zeker voorkomt. De herbelevingen en vermijdingsreacties die door de Schokverwerkingslijst worden gemeten, zouden volgens onze definitie wijzen op secundaire traumatisering. Het verschil in operationalisering van secundaire traumatisering zou mogelijk de verschillen in uitkomst kunnen verklaren. Verder onderzoek hiernaar is noodzakelijk.

Traumatherapeuten hadden een negatiever beeld van de goedheid van mensen dan een referentiegroep cliëntgerichte therapeuten ($n = 41$; $t = 2,49$; $df = 82$; $p < 0,05$). Dit kan wijzen op verplaatste traumatisering. Tussen beheer- en behandelmedewerkers werden geen verschillen gevonden en ook werksetting had geen effect, waarmee een direct verband tussen veranderingen in mensbeeld en de ernst van de PTSS-problematiek onwaarschijnlijk wordt. Het gevonden verband met burnout kan deels verklaard worden door een overlap in de begripsomschrijvingen: onverschilligheid en afstomping, een cynische houding ten opzichte van anderen en de wereld

maken deel uit van het burnoutconcept.

Hoe concepten als traumaspecifieke tegenoverdracht, secundaire traumatisering en verplaatste traumatisering afgebakend kunnen worden is onderwerp van verder onderzoek.

PTSS en werkomgeving De aard van de emotionele beleving van de door de respondenten zelf gekozen moeilijke situaties bleek samen te hangen met de mate van emotionele belasting (tabel 4). Vooral gevoelens van teleurstelling en bezorgdheid (angstschaal) droegen daaraan bij. Opnieuw lijkt dit de veronderstelling te ondersteunen dat emotionele belasting vooral door het contact met patiënten wordt bepaald. Duidelijkheid over taak en verantwoordelijkheid lijkt een matigende rol te spelen. 'Duidelijkheid' is overigens sterk gecorreleerd met de schaal 'ondersteuning door het team', die niet afzonderlijk uit de regressieanalyse naar voren kwam.

Tegenzin in het werk (een burnoutvariabele) bleek samen te hangen met gevoelens van schrik, vermoeidheid en vervreemding ('in de war'), die sterk overeenkomen met burnout-items en op zich weinig te maken hoeven te hebben met de specifieke PTSS-problematiek. Tegenzin ging samen met 'veranderwens' en er was een negatief verband met 'loyaliteit'. Ook de resultaten van de regressieanalyse met de MBI-emotionele uitputting wijzen erop dat vooral organisatiegebonden factoren hieraan bijdragen.

Deze resultaten bevestigen dat zowel PTSS-gebonden factoren als werkomgevingsfactoren een eigen bijdrage leveren in de ervaren belasting. De aard van de bijdragende factoren verschilt echter bij emotionele belasting en burnout. Deze uitkomsten lijken in lijn met de bevindingen van Van Dierendonck (1997), die vond dat organisatiefactoren belangrijker blijken te zijn in samenhang met burnout dan hulpvragergerelateerde factoren. De mate waarin andere dan PTSS-gerelateerde verschillen tussen de afdelingen meespelen in de verschillen in belasting moet verder worden onderzocht. Hierbij kan gedacht worden aan het verschil in

ervaring, ontwikkelingsfase en cultuur: de afdeling WO bestond ten tijde van het onderzoek 24 jaar en de afdeling VI nog geen twee. Hoewel een eenmalige meting belangrijke aanwijzingen kan geven, zal een longitudinaal onderzoek nodig zijn om de bijdragen van de verschillende factoren meer te kunnen onderscheiden en ook het verloop van emotionele belasting vast te leggen. Een van de vragen hierbij is in hoeverre emotionele belasting een voorloper is van burnout of dat het gaat om verschillende processen. Dit kan directe consequenties hebben voor preventie en behandeling.

CONCLUSIE

Het doen van traumatherapieën is emotioneel belastend. Deze emotionele belasting leidde in de onderzoeksgroep tot een enigszins verhoogd burnoutniveau, maar niet tot langdurig ziekteverzuim. Er was wel een opvallend hoge frequentie van kortdurend verzuim en mogelijk was dit een manier van omgaan met de hoge emotionele belasting. Hoewel traumatherapeuten onrustiger slapen dan studenten, is het uit dit onderzoek nog niet duidelijk of dat te maken had met secundaire traumatisering. Bij de onderzoeksgroep werd verder een relatief negatief beeld van de goedheid van mensen gevonden.

Emotionele belasting was qua aard vooral verbonden met heftige gevoelens zoals angst en schrik, terwijl gevoelens als verdriet en boosheid geen relatie lijken te hebben met de mate van ervaren emotionele belasting. Behandelaars van de afdeling voor vluchtelingen voelden zich meer emotioneel belast. Dit lijkt te maken te hebben met de zwaarte van de PTSS-problematiek van de patiënten, maar ook de werksetting kan hierin een rol spelen.

Van de werkomgevingsfactoren bleek duidelijkheid over verantwoordelijkheden een steunende factor te zijn die de belasting matigde. Bij tegenzin in het werk leken – naast verwarrende, situatiegebonden belevingen – vooral werkomgevingsfactoren een rol te spelen.

Gerichte aandacht voor het welzijn van medewerkers en het reguleren van de emotionele belasting van traumatherapeuten is nodig, vooral wat betreft het omgaan met angst oproepende situaties met patiënten. Deskundigheidsontwikkeling met betrekking tot de PTSS-verschijnselen en het hanteren daarvan in het contact met de patiënt, en training in het omgaan met agressie kunnen helpen. Een ondersteunend team, waarin de leden elkaar respecteren en er ruimte is voor het ervaren en bespreken van de eigen ervaring in belastende situaties, en duidelijkheid over taak en verantwoordelijkheid kunnen beschermend werken. Preventie zal in eerste aanleg hierop gericht moeten zijn om het 'bedrijfsrisico' te minimaliseren.



Martin Spaans was als adviseur vanwege het Trimbos-instituut (destijds NCGV) betrokken bij het samenstellen van de vragenlijst en de opzet en uitvoering van met name het eerste deel van het onderzoek. Mevrouw Els Kabout voerde de interviews uit. Beiden zeggen wij hierbij dank voor hun ondersteuning en adviezen.

NOOT

1. Een uitgebreide beschrijving van de vragenlijst is te verkrijgen bij de tweede auteur.

LITERATUUR

- Bijl, R., & Lemmens, F. (1993). *Aan het werk. Een verkennend onderzoek naar gezondheidsrisico's, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie van werknemers in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NCGV.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable. Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi holocaust. In J.P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress. From the Holocaust to Vietnam* (pp. 219-238). New York: Plenum Press.
- Dewe, P. (1992). The appraisal process: Exploring the role of meaning, importance, control and coping in work stress. *Anxiety, Stress and Coping*, 5, 95-109.
- Dierendonck, D. van (1997). *Balancing give and take: An equity approach to burnout*. Utrecht: Proefschrift Utrecht.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue as Secondary Traumatic*

- Stress Disorder: An overview. In C.R. Figley (red.), *Compassion fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R., & Kleber, R.J. (1995). Beyond the 'Victim'. *Secondary Traumatic Stress*. In R.J. Kleber, C.R. Figley & B.P.R. Gersons (red.), *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics* (pp. 75-98). New York: Plenum Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., e.a. (1985). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Hafkenscheid, A. (1993). Vicarious Traumatization: is het verschijnsel empirisch aantoonbaar? In A.J. de Jong (red.), *Therapeut en trauma*. Assen: Van Gorcum.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hovens, J.E. (1994). Research into the psychodiagnostics of Posttraumatic Stress Disorder. Delft: Eburon.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Lansen, J. (1993). 'Vicarious traumatization': is het verschijnsel empirisch aantoonbaar? In A.J. de Jong (red.), *Therapeut en trauma*. Assen: Van Gorcum.
- McCann, L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist. Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton.
- Prager, E., & Solomon, Z. (1995). Perceptions of world benevolence, meaningfulness, and self-worth among elderly Israeli holocaust survivors and non-survivors. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 265-277.
- Ridderbos, A. (1995). Rapportage risico inventarisatie Stichting Centrum '45 te Oegstgeest (interne publicatie).
- Roodenrys, T.C., Scherpenzeel, R.P., & De Jong, J.T.V.M. (1998). Traumatische ervaringen en psychopathologie onder Soma-lische vluchtelingen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 132-142.
- Schaufeli, W.B., & Van Dierendonck, D. (1994). Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag en Gezondheid*, 22, 153-172.
- Schreuder, J.N., Van Egmond, M., Kleijn, W.Chr., e.a. (1998). Daily reports of posttraumatic nightmares and anxiety dreams in dutch war victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 511-524.
- Schreuder, J.N., Kleijn, W.Chr., Vogelaar, H.H., e.a. (1997). Late psychische klachten en verschijnselen bij veteranen met schokkende krijgserveringen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 37-49.
- Terry, D.J., Tonge, L., & Callan, V.J. (1995). Employee adjustment to stress: The role of coping resources, situational factors, and coping responses. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 1-24.
- Vanderlinden, J. (1996). Over dissociatie en trauma: van diagnostiek tot 'compassion fatigue'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 875-877.
- Van der Veer, M.A.A. (1991). Getraumatiseerde vluchtelingen: hun gevolgen voor de hulpverlener. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 46, 1078-1089.
- Wilson, J.P., & Lindy, J.D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.

AUTEURS

A.J.M. SMITH is als psychiater verbonden aan de dagkliniek van Centrum '45.

W.CHR. KLEIJN is wetenschappelijk medewerker van Centrum '45 en de Universiteit Leiden, afdeling Psychiatrie.

J.A. STEVENS is manager bedrijfsvoering op Centrum '45.

Correspondentieadres: A.J.M. Smith, Centrum '45, Rijnzichtweg 35, 2342 AX Oegstgeest. E-mail: asmith@worldonline.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-1-2000.

SUMMARY

A.J.M. Smith, W. Chr. Kleijn, J.A. Stevens – Posttraumatic Stress Disorder: An occupational risk for therapists? Research findings of workstress in trauma therapists –

BACKGROUND Literature on posttraumatic stress disorder (PTSD) warns of the detrimental effects on the therapist, such as countertransference, secondary traumatization, vicarious traumatization. Empirical data are scarce, however.

AIMS Research questions were: how burdening are trauma therapies for the therapists and, does the emotional burden relate to the characteristics of the patients' PTSD. Apart from that the contribution of organizational factors was analysed.

METHODS A questionnaire was distributed among 129 employees of a trauma institute.

RESULTS A high level of experienced emotional burden was related to the treatment of traumatized patients. Emotional burden was related to therapist-anxiety and acuteness and severity of the PTSD-symptoms. Role clarity (tasks and responsibility) was a stress-reducing factor. Other factors seemed to play a part in burnout: here the relationship of the therapist with the organization as a whole emerged as an important factor.

CONCLUSION Preventive measures should be aimed at a reduction of anxiety in difficult situations, an increase of team support and more clarity of tasks and responsibility.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 1, 7-19]

KEYWORDS burnout, posttraumatic stress disorder, workstress