

‘... en wij proberen te luisteren...’

Reacties van therapeuten op traumatische ervaringen van hun patiënten

Annemarie J.M. Smith · Wim Chr. Kleijn ·
Johan A. Stevens

Abstract Psychotherapie met ernstig getraumatiseerde patiënten kan bij therapeuten leiden tot ‘traumatische tegenoverdracht’, ‘secundaire traumatisering’ en ‘verplaatste traumatisering’. In een kwalitatief/kwantitatief exploratief onderzoek werden deze effecten en het verband met ervaren emotionele belasting en burnout onderzocht bij traumatherapeuten (= 3) van een landelijk instituut voor de behandeling van slachtoffers van georganiseerd geweld. Traumatherapeuten bleken inderdaad gevolgen te ondervinden van de confrontatie met ernstig interpersoonlijk geweld. Dit lijken echter normale reacties, verwerkingsprocessen en accommodatie van cognitieve schema’s en niet een per definitie voor de therapeut destructief proces.

Inleiding

Therapeuten die oorlogsgetroffenen behandelen komen via de verhalen van hun patiënten in aanraking met georganiseerd interpersoonlijk geweld, met angst en machteloosheid, met gebeurtenissen die niet mogelijk lijken en toch zijn gebeurd. Meestal zijn het verhalen van massaal en/of sequentieel geweld, vaak van honger, dood, gevangenschap, marteling en ontworteling. Daar komt nog bij dat de actuele situatie, met name voor vluchtelingen en asielzoekers, opnieuw traumatiserend kan zijn.

Annemarie J.M. Smith, en, (✉)

ANNEMARIE J.M. SMITH is als psychiater verbonden aan de dagkliniek van Centrum '45. Correspondentieadres: Annemarie J.M. Smith, Centrum '45, Rijnzichtweg 35, 2342 AX Oegstgeest; email: asmith@worldonline.nl

De kernsymptomen van de posttraumatische stressstoornis (PTSS) brengen traumatische ervaringen ook op een directere manier binnen de therapeutische relatie. Herbelevingen maken de angst en ontreddeerding zichtbaar en voelbaar. Door vermijding en dissociatie wordt het trauma schijnbaar van zijn kracht ontdaan, maar de prijs van vervreemding en contactverlies is hoog. Waakzaamheid, schrik en agressieve uitbarstingen maken duidelijk hoe de wereld voor de patiënt vooral een onveilige wereld geworden is.

Uit de aard van hun vak worden therapeuten getuige en deelgenoot van dat geweld, voorzover hun empathisch vermogen reikt, voorzover zij kunnen luisteren. Zij zullen wat zij te horen krijgen, moeten verwerken. Kennis over de aard van specifieke reacties en verwerkingsprocessen kan helpen om nadelige langetermijneffecten op de therapeut te herkennen en te voorkomen, zodat therapeuten kunnen blijven luisteren.

Reacties van de therapeut

Dit artikel beschrijft een onderzoek onder therapeuten van oorlogsgetroffenen, een specifieke groep therapeuten van patiënten die op een specifieke wijze zijn getraumatiseerd. De beschreven verschijnselen zijn ons inziens echter in wezen vergelijkbaar met reacties van therapeuten van in andere omstandigheden getraumatiseerde patiënten. Vooral therapeuten die werken met slachtoffers van een zogenaamd type-II-trauma (Terr, 1991), herhaalde traumatisering over een langere periode, zouden het risico lopen van nadelige effecten (Van der Hart, Defares & Mittendorf, 1995). Ook de intensiteit van de confrontatie met traumatische ervaringen van patiënten lijkt invloed te hebben op de prevalentie van langetermijneffecten bij

therapeuten. De term traumatherapeut zal dan ook gebruikt worden voor therapeuten die het merendeel van hun tijd besteden aan het werken met getraumatiseerde patiënten.

In dit artikel wordt eerst een overzicht gegeven van de literatuur over traumaspecifieke reacties: ‘traumategenoverdracht’, ‘secundaire traumatisering’ en ‘*vicarious traumatization*’. Daarna van het empirisch onderzoek dat hiernaar is gedaan. Vervolgens wordt verslag gedaan van ons onderzoek. De aandacht gaat daarbij speciaal uit naar de beschrijving en operationalisering van traumaspecifieke reacties.

Traumategenoverdracht

Traumategenoverdracht wordt in de recente traumaliteratuur meestal gedefinieerd als alle heftige emotionele reacties van de therapeut op (het traumaverhaal van) de patiënt. Deze reacties verwijzen niet noodzakelijk naar neurotische problematiek van de therapeut, hoewel diens persoonlijkheid en actuele situatie natuurlijk meespelen in de wijze waarop hij op de patiënt reageert (Gabbard, 1996; Van der Hart e.a., 1995; Herman, 1992; Pearlman & Saakvitne, 1995; Van der Veer, 1991; Wilson & Lindy, 1994a). Tegenoverdracht speelt zich per definitie af in de therapeutische relatie. Tegenoverdrachtreacties zijn onvermijdelijk. Zij kunnen het empathisch proces storen, maar de therapeut ook zicht geven op belangrijke aspecten van de beleving van de patiënt (Latts & Gelso, 1995).

Traumategenoverdracht onderscheidt zich van tegenoverdracht in het algemeen door de uitzonderlijke heftigheid van de reacties en door de specifieke vormen waarin de rollen van de traumatische situatie – dader, slachtoffer en toeschouwer – worden herhaald in de therapeutische relatie. In het vervolg worden deze tegenoverdrachtreacties aangeduid met de term ‘rolreacties’; deze werden door ons in de vragenlijst geoperationaliseerd als: erg begaan zijn met de patiënt, vaderlijke of moederlijke gevoelens hebben, zich verantwoordelijk voelen en zich beschaamd of schuldig voelen. In de literatuur wijst Danieli (1988) op de reactie van de therapeut op de enormiteit van de holocaust en noemt ook die tegenoverdracht. Wilson en Lindy (1994b) beschrijven traumategenoverdracht als verstoring van het empathisch proces – door heftige affectieve en cognitieve reacties, rolreacties en gedragstendenties – op een continuüm van overidentificatie met de getraumatiseerde patiënt tot vermijding. Zij maken onderscheid tussen normale ‘objectieve’ reacties op traumatische ervaringen van patiënten en subjectieve, idiosyncratische reacties die te maken hebben met onopgeloste conflicten van de therapeut. Pearlman en Saakvitne (1995) delen traumategenoverdracht in aan de hand van kenmerken

van de PTSS-problematiek van de patiënt. Zij onderscheiden directe en secundaire emotionele reacties (zoals zorgen, ontkennen of voyeurisme) op de gruwelijkheden die de patiënt heeft meegemaakt of op actueel gedrag van de patiënt (zoals bijvoorbeeld discriminatie of agressie tegenover de eigen kinderen), reacties op de overdracht van de patiënt (onder andere rolreacties) en reacties op dissociatieve fenomenen (bijvoorbeeld vervreemding, contactverlies). Een bijzondere vorm van ‘tegenoverdracht’ die zich niet aan de grenzen van de therapeutische relatie houdt is het parallelproces, waarbij de traumaproblematiek herhaald wordt in behandelteams of organisatie (Herman, 1992; Lyon, 1993; Pearlman & Saakvitne, 1995; Wilson & Lindy, 1994a).

Secundaire traumatisering: verwerkingsreacties

Figley (1995) introduceerde de term ‘secundaire traumatische stress’ voor PTSS-achtige klachten van een therapeut in empathisch contact met een getraumatiseerde patiënt. De verschijnselen lopen parallel aan die van de PTSS-diagnose in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Klachten kunnen plotseling optreden. Duren intrusieve gedachten of nachtmerries over de ervaringen van de patiënt, vermijdingsgedrag of *hyperarousal* kort, dan passen deze reacties in een normaal verwerkingsproces van schokkende ervaringen. Als klachten langer dan een maand duren is er volgens Figley sprake van een secundaire traumatische stress-stoornis (STSS). Hij spreekt ook wel over ‘*compassion fatigue*’, een chronischer vorm van STSS, die lijkt op een (trauma) specifieke vorm van *burnout*.

Vicarious traumatization: veranderingen in wereldbeeld

Therapeuten die met ernstig getraumatiseerde patiënten werken, worden intens geconfronteerd met het kwaad in de wereld. Dit stelt fundamentele cognitieve schema’s van de therapeut ter discussie, zoals geloof in de goedheid van mensen, in rechtvaardigheid en in mogelijkheden tot beïnvloeding van de loop der gebeurtenissen, of geloof in de wereld als een in principe goede plaats (Janoff-Bulman, 1989, 1992). Pearlman en haar medewerkers beschreven sluipende veranderingen in identiteitsbeleving en wereldbeeld van de traumatherapeut als gevolg van het empathische contact met getraumatiseerden en noemden dat ‘*vicarious traumatization*’ (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995). Het proces van aanpassing van fundamentele cognitieve schema’s, dat nodig is om daarin de ‘nieuwe’ gegevens over de onveilige en onvoorspelbare wereld op te nemen, noemen

wij liever ‘verandering in wereldbeeld’. Van traumatisering is sprake als deze aanpassing niet voldoende lukt en veranderingen leiden tot een (duurzame) cynische houding van de therapeut, of tot overmatig wantrouwen of onveiligheid.

Burnout

Burnout, ten slotte, is een sluipend proces van emotionele uitputting, een gevoel van vervreemding en een onpersoonlijke houding tegenover patiënten, en twijfel aan de eigen geschiktheid als therapeut (Schaufeli, 1990; Schaufeli, 1995; Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Zowel de persoonlijke kenmerken van mensen in hulpverlenende beroepen als de aard van de hulpverleningsrelatie lijken hierbij een rol te spelen. Het gaat bij *burnout* om de wijze waarop iemand met de stress van zijn werk omgaat. *Burnout* draagt risico's in zich voor langdurig verzuim en uitval uit het werk, hoewel de samenhang niet eenduidig is (Bijl, Lemmens & Van de Wijgert, 1996; Smets, Visser & de Haes, 1999).

Empirisch onderzoek naar specifieke reacties van therapeuten in de behandeling van getraumatiseerde patiënten

Het is opvallend hoe weinig empirisch onderzoek er is gedaan naar traumaspecifieke reacties, terwijl er wel veel over wordt geschreven, ook in de Nederlandstalige traumaliteratuur (Haans, 1998; Van der Hart e.a., 1995; Lanssen, 1993; Van der Veer, 1991).

Eerder werd gerefereerd aan het grote tegenoverdrachtonderzoek van Danieli (1980; 1984) bij therapeuten van holocaust-slachtoffers. Figley (1995) ontwikkelde een vragenlijst voor secundaire traumatisering en *burnout*, waarmee ons echter geen onderzoek bekend is. Hafkenscheid (1993) deed een verkennend onderzoek naar ‘*vicarious traumatization*’. Hij onderzocht herbelevingen en vermijdingsreacties van therapeuten met behulp van de ‘Schokverwerkingslijst’ en concludeerde dat er zeker aanwijzingen zijn voor het optreden van ‘*vicarious traumatization*’. Van Minnen, Kroon en Keijsers (1998) vroegen gericht naar de gevolgen die het verrichten van traumatherapieën (*exposure*) had op persoonlijk en professioneel vlak en naar gehanteerde *coping*-strategieën. Vrijwel alle door hen geïnterviewde therapeuten rapporteerden gevolgen – lijkend op PTSS-symptomen – op hun persoonlijk functioneren en probeerden zich actief te beschermen. Uit het overzicht dat Pearlman en McLan (1995) gaven van de hen tot dan toe bekende onderzoeksliteratuur concludeerden zij dat

traumatherapie negatieve effecten kan hebben op de therapeut, die afwijken van die van psychotherapie in het algemeen.

De interpretatie van deze onderzoeksgegevens wordt bemoeilijkt doordat de gebruikte concepten niet altijd helder van elkaar zijn (te) onderscheiden (Stamm, 1997). Pearlman e.a. (1995) beschreven een wederkerige relatie tussen tegenoverdracht en *vicarious traumatization*. Hef-tige tegenoverdrachtgevoelens komen deels overeen met klachten die passen bij secundaire traumatisering (Boon & Van der Hart, 1995; Wilson & Lindy, 1994a); ook is er overlap met *vicarious traumatization* (Hafkenscheid, 1993; Veldman, 1997). Eerder werd hier al gewezen op de overlap tussen ‘*compassion fatigue*’ en *burnout*.

Ons onderzoek naar werkstress bij traumatherapeuten

In 1996 deden wij een exploratieve, descriptieve *pilot*-studie naar werkstress bij de medewerkers van een landelijk werkend trauma-instituut. Behalve door de waarschuwingen in de literatuur, werd deze studie gemotiveerd door de hoge emotionele werkbelasting die daar eerder werd vastgesteld (Ridderbos, 1995).

Doelstelling en onderzoeksvraag

Het eerste doel van de *pilot*-studie was een onderzoek naar de prevalentie van werkstress bij therapeuten in het trauma-instituut en de bijdrage van traumaspecifieke factoren daarin. Het tweede doel van de *pilot*-studie was aanknopingspunten te vinden voor preventieve maatregelen.

In dit artikel staan twee vragen centraal: (1) zijn traumaspecifieke factoren (van elkaar) te onderscheiden; (2) spelen zij een rol in ervaren emotionele belasting en *burnout* bij de onderzochte therapeuten.

Methode: onderzoeksgroep en opzet

Het onderzoek werd uitgevoerd onder medewerkers van de twee afdelingen van een landelijk werkend trauma-instituut waar slachtoffers van georganiseerd geweld worden behandeld: een afdeling voor getroffenen uit de Tweede Wereldoorlog, hun kinderen en veteranen (WO), en een afdeling voor vluchtelingen en asielzoekers (VL). Alle therapeuten werkten met ernstig sequentieel getraumatiseerde patiënten (type-II-trauma). Na informatie over het doel van het onderzoek en de waarborgen van de privacy werd gestart met de eerste fase van het onderzoek: een gecombineerd interview/vragenlijstonderzoek. Vier sociotherapeuten en twaalf therapeuten – verdeeld over beide afdelingen – deden hieraan mee. Toen de vragenlijst in de eerste fase van het onderzoek goed bruikbaar

bleek, werd deze in de tweede fase toegestuurd aan alle medewerkers van het trauma instituut ($n = 129$). In totaal werden 92 vragenlijsten ingevuld teruggestuurd (71%). De verdeling over de groepen medewerkers was 20 (22%) sociotherapeuten, 43 (47%) therapeuten (psychotherapeuten, psychiaters, non-verbaaltherapeuten) en 28 (31%) medewerkers beheer (huishoudelijk en administratief personeel). Van één respondent was de discipline onbekend. De verdeling over de afdelingen was WO 67% en VL 33%.

In dit artikel worden de data geanalyseerd van de groep therapeuten van het trauma-instituut (traumathe-rapeuten, TT, $n = 43$). Gezien de relatief kleine groep werden de data in de analyse niet naar afdeling onderscheiden. Het deel van de vragenlijst over tegenoverdracht en wereldbeeld werd ook afgenomen bij een groep cliëntgerichte therapeuten (CT, $n = 41$) in het kader van een workshop over behandeling van getraumatiseerde patiënten en reacties van de therapeut. Deze referentiegroep was ouder dan de onderzoeksgroep (CT 44% > 50 jaar, TT 16%, $v^2 = 8,44$, $df = 2$, $p > 0,05$); er waren geen significante man/vrouwverschillen. Waar gegevens van de onderzoeksgroep worden vergeleken met de referentiegroep spreken we van traumatherapeuten (TT) en cliëntgerichte therapeuten (CT).

Methode: interview en vragenlijst

Om aansluiting te vinden bij werkstressonderzoek in de GGZ (Bijl & Lemmens, 1993; Bijl e.a., 1996; Roering, Geelen, Spaans & Bijl, 1995) en om recht te doen aan het exploratieve karakter van de *pilot*-studie, werd bij de opzet van het onderzoek uitgegaan van een interactioneel *coping*-model (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1985) waarin de traumaspecifieke factoren werden ingepast. Dit model lag ten grondslag aan de opzet van het semi-gestructureerde interview en de vragenlijst.

De interviews werden afgenomen door een voor dit doel van buiten de instelling aangetrokken interviewster, die ze vervolgens van audioband uitwerkte tot een gedetailleerde samenvatting. Omdat het voornaamste doel van het interview was de elementen van het onderzoeksmodel en de op theoretische gronden samengestelde vragenlijst te toetsen op relevantie en bruikbaarheid werd gekozen voor een open benadering, uitgaande van de dagelijkse beleving van het werk. Deelnemers beschreven hun reactie op en hun *coping*-gedrag in twee zelf meege- maakte, moeilijke situaties met patiënten. Verder werd hun gevraagd wat zij – in hun persoonlijk leven en in hun werksituatie – als helpend en hinderend ervoeren bij het omgaan met werkstress. Na anonimisering van de samenvattingen door de adviseur die namens het Trimbos-instituut bij het onderzoek betrokken was, werd de analyse uitgevoerd door de eerste auteur. De analysemethode was

procedureel (Passchier, 1992). Na herhaalde lezing van de samenvattingen werden verschillende hoofdbestanddelen van het interview onderscheiden; deze vormden de basis voor lijsten met door deelnemers genoemde emotionele reacties, *coping*-gedrag en ondersteunende en hinderende factoren. Daar waar de emotionele reactie duidelijk in het kader stond van het proces in de therapeutische relatie benoemden we deze als tegenoverdracht. We vergeleken de zo verkregen lijsten op inhoud met de overeenkomstige onderdelen van de vragenlijst.

In dit artikel zullen we voornamelijk de reacties van therapeuten op de moeilijke situatie met hun patiënten bespreken; klachten naar aanleiding van problematische gebeurtenissen op het werk en langetermijnveranderingen in wereld- en mensbeeld van therapeuten werden spontaan weinig gemeld, maar konden soms wel uit uitspraken in een ander verband worden afgeleid.

Het vragenboekje bevatte zowel bekende als nieuwe instrumenten. Hier zullen alleen de gedeelten van dit vragenboekje worden besproken die relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvraag¹

¹ Een uitgebreide beschrijving van de vragenlijst is verkrijgbaar bij de eerste auteur. De betrouwbaarheid van de subschalen van de vragenlijst bepaalden we bij de onderzoeksgroep met behulp van Cronbachs alpha. In een *algemeen gedeelte* werden demografische gegevens verzameld en algemene vragen gesteld naar gezondheidsbeleving, tevredenheid met het werk en emotionele belasting door het werk (driemaal één item). De *Maslach Burnout Inventory* (Schaufeli & van Dierendonck, 1994, 1997), internationaal gezien de standaard bij het onderzoek van *burnout*, gebruikten we voor het meten van het *burnout*-niveau. Voor het gedeelte betreffende traumaspecifieke reacties van therapeuten hanteerden we onderscheidende werkdefinitie, die op basis van de beschrijvingen in de literatuur waren geformuleerd. Onder *traumategenoverdracht* begrepen we alle heftige emotionele reacties van de therapeut in het therapeutisch gesprek met (getraumatiseerde) patiënten die van invloed zijn op en in principe bruikbaar zijn in het therapeutisch contact. In de vragenlijst werd dit begrip geoperationaliseerd door (1) vijf losse items betreffende bewustzijn, waarneming en gebruik van opgeroepen gevoelens in het therapeutisch contact; en (2) tegenoverdrachtgevoelens in de subschalen rolreacties (begaan, vaderlijk/moederlijk, verantwoordelijk, beschaamd/schuldig; zie tabel 1), negatieve emoties en afstand nemen (a -range = 0,60-0,84). *Verwerkingsreacties (secundaire traumatisering)* beschreven we vanuit het PTSS-concept als verschijnselen van intrusieve herbeleving of nachtmerries, vermijdingsgedrag en *hyperarousal*. De verwachting was dat vooral slaapstoornissen een gevoelige maat zouden zijn voor verwerkingsreacties. Slaapproblemen werden onderzocht met de items over nachtmerries en onrustige slaap uit de bestaande vragenlijst 'Nachtelijke Intrusie na Traumatische Ervaringen' (NITE; Schreuder, Egmond, Kleijn & Visser, 1998). *Vicarious traumatization* definieerden we als sluipende, langetermijnveranderingen in het wereld- en mensbeeld van therapeuten en die werden onderzocht met de 'World Assumptions Scale-retro' (WAS-retro), drie schalen uit de vijf schalen tellende 'World Assumptions Scale' (WAS) van Janoff-Bulman (1989), Prager & Solomon, 1995. De schaal 'good world' ($a = 0,81$) gaat over goed en kwaad in de wereld, 'good people' ($a = 0,80$) over goedheid van mensen en betrokkenheid bij anderen en 'just world' ($a = 0,83$) over rechtvaardigheid van de dingen die mensen overkomen.

Bij de analyse van de data werd gebruik gemaakt van frequentietellingen. De factorstructuur van onderdelen van de vragenlijst werd onderzocht met een Principale Componenten Analyse (met Varimax-rotatie). Verschillen tussen deelgroepen werden geanalyseerd met de chi-kwadraattoets of de t-toets. Verbanden werden onderzocht met behulp van Spearmans rho-correlaties.

Resultaten van het onderzoek

‘Traumategenoverdracht’

De in het interview beschreven moeilijke situaties met een patiënt weerspiegelden de PTSS-problematiek van de patiënten. Genoemd werden gruwelijkheden die patiënten hadden meegemaakt, het meemaken van herbelevingen bij de patiënt, agressie in of buiten de therapiesituatie, problemen met het vestigen van een voldoende veilige werrelatie en de veelheid aan (actuele) problemen waardoor de therapeut zich machteloos voelde. De door therapeuten genoemde emotionele reacties in het contact met hun patiënten – tegenoverdracht volgens de door ons gehanteerde definitie – zijn gerubriceerd volgens de categorieën van de vragenlijst en samengevat in tabel 1. Therapeuten nuanceerden vooral de categorie rolreacties; veel van de door hen genoemde ervaringen passen bij de rollen van dader, slachtoffer of toeschouwer.

Therapeuten bleken in het interview goed in staat (en bereid) om over hun emotionele reactie op hun patiënten te reflecteren. Daarbij zochten ze vaak naar het verband tussen hun reactie, de problematiek van de patiënt en het verloop van het therapeutisch proces. Twee vignetten ter illustratie:

Over een patiënt die over gruwelijkheden praat: ‘Dat toon ik ook of dat verwoord ik ook, dat ik schrik van zijn reacties en denkwijze, nee daarvoor heb ik niet dat afstandelijke ... waarbij hij dan weer een bepaalde zorg naar mij heeft. Het is een wisselwerking en dan probeer je je weg er zo in te vinden dat je rekening houdt met het feit dat ik nog steeds de therapeut ben ...’

Over een therapie die niet liep omdat de patiënt geen contact maakte: ‘... Dan denk je “wat voor zin heeft dat en toch blijft hij maar komen”... [na eindeloos geduld] ... hoe dan de patiënt uiteindelijk het hele verhaal vertelde, over martelingen die gezien zijn christelijke achtergrond nog extra beschamend waren ... daarom had hij mij als therapeut ook niet vertrouwd...’

In figuur 1 zijn de profielen weergegeven van tegenoverdrachtgevoelens bij traumatherapeuten (TT) en

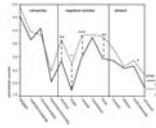
Tabel 1. Traumategenoverdracht

	vragenlijst C '45	interview
rolreacties	– zeer begaan	: betrokken, tevreden, uitdaging, verwondering, plezier
	– vader-/moederlijk	: zorgende ouder, straffende ouder, autoriteit
	– verantwoordelijk	: bezorgd, gevoel tekort te schieten
	– beschaamd/schuldig (niet in vragenlijst)	: zelfverwijt, geen nee kunnen zeggen
		: gemanipuleerd of gebruikt voelen; klein voelen; alleen; patiënt als slachtoffer; niet vertrouwd worden; aantasting eigen integriteit; loyaliteitsconflicten patiënt- team; morele dilemma's
negatieve emoties	– afschuw	: afschuw, aversie
	– angst	: angst voor agressie of controleverlies, schrik
	– verdriet	: mededogen
	– machteloos	: hulpeloos, wanhopig, gefrustreerd, uitgeput, zinloosheid
	– boos	: boos op patiënt, team of zichzelf, cynisme, het zat zijn
afstand nemen	– onzeker	: twijfel aan eigen therapeutische mogelijkheden
	– afstandelijk	: onverschilligheid, cynisme
	– buitenstaander	: buitenstaander voelen
	– vervreemd	: verlies van therapeutische positie; ingezogen in waan

cliëntgerichte therapeuten (CT), die de referentiegroep vormden bij deze analyse van tegenoverdracht. TT rapporteerden minder vaak negatieve emoties dan CT: TT-gem. = 14,2 (sd = 3,5), CT-gem. = 17,8 (sd = 4,0), $t = 4,4$, $df = 82$, $p > 0,001$. In deze subschaal vormde ‘machteloos’ een uitzondering (zie figuur 1).

Vergelijking tussen TT en CT gaf geen significante verschillen op de subschalen ‘rolreacties’ en ‘afstand nemen’ te zien. In het patroon gedragen de items ‘beschaamd/schuldig’ en ‘machteloos’ zich anders dan de andere items in de desbetreffende subschaal. Bij factoranalyse van de tegenoverdrachtitems worden deze items ondergebracht bij de eerste factor die daarnaast de items uit de oorspronkelijke subschaal ‘afstand’ bevat. De tweede factor bevat de items ‘begaan’, ‘vaderlijk/moederlijk’ en ‘verantwoordelijk’ (rolreacties), de derde factor ‘afschuw’, ‘angst’, ‘verdriet’ en ‘boos’ (negatieve emoties).

Figuur 1. Tegenoverdracht-gevoelens bij traumatherapeuten (TT) en cliëntgerichte therapeuten (CT). * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p = ,001$



Het is belangrijk of therapeuten tegenoverdracht bij zichzelf onderkennen en kunnen hanteren. Ook hier maakten we een vergelijking met CT. Traumatherapeuten merkten vaker bijzondere reacties bij zichzelf op (TT 84%, CT 61%, $v^2 = 5,46$, $df = 1$, $p > 0,05$). Verschillen tussen ‘zich bewust zijn van gevoelens’ (TT 98%, CT 93%), waarneming daarvan (TT 88%, CT 76%), ‘duidelijke gevoelens’ (TT 58%, CT 68%) en gebruik maken van eigen reacties in het therapeutisch proces (TT 63%, CT 56%) waren niet significant.

Verwerkingsreacties (‘secundaire traumatisering’)

In de interviews waren de verwijzingen naar de noodzaak van verwerking van traumatisch materiaal waarmee therapeuten in hun werk werden geconfronteerd meestal indirect:

‘...je neemt het wel eens mee naar huis, nou, daar zit ik wel eens over te piekeren ...’

‘s avonds met rust gelaten worden om weer te kunnen opladen’

Verwerkingsreacties werden door de items ‘nachtmerrie’ (intrusie) en ‘onrustige slaap’ (*hyperarousal*) geoperationaliseerd. We vonden geen significante verschillen tussen therapeuten en beheermedewerkers – hier als referentiegroep gebruikt – op deze items (nachtmerrie ‘vaak’: beide groepen 7%; onrustige slaap ‘geregeld’ of vaker: 35% respectievelijk 36%).

Verandering in wereldbeeld (vicarious traumatization)

In een wat langer fragment uit één van de interviews beschrijft een therapeut hoe het werk hem confronteerde met existentiële vragen en hoe dat zijn visie op de mens en zijn wereld beïnvloedde:

‘En dan heb je mensen met wie je therapie doet en die confronteren je met alle vraagstukken die je maar kunt bedenken, of het nu liefde is, haat, wraak, boete of schuld, welke levensthema’s er maar zijn ... houdt er rekening mee dat onze mensen ook daders zijn en dat ze daar ook mee zitten en dat ze begrijpen hoe mensen daar in terecht kunnen komen ... als er niet zoveel ellende is, dan kunnen we normaal leven en het is ook heel prettig om zo te

kunnen leven, maar als je denkt dat je beter bent dan mensen die in ? leven, dan zit je toch met een illusie. Dan denk ik: nou geniet er nu maar even van dat het hier zo goed is... het is erg tegemoet gekomen aan dingen die me interesseren en ik ben er zelf ook wijzer van geworden, ik heb veel van deze mensen geleerd.’

De karakteristieken van het wereldbeeld werden gemeten met de schalen van de WAS-retro. De resultaten vergeleken we met die van de groep cliëntgerichte therapeuten. De gemiddelde scores van TT waren op alle wereldbeeldschalen lager dan die van CT, hetgeen wijst op een negatiever wereld- en mensbeeld. Alleen het verschil in scores op ‘goedheid van mensen’ was significant: TT-gem. = 14,2 (sd = 4,0), CT-gem. = 16,1 (sd = 2,6), $t = 2,50$, $df = 82$, $p > 0,05$. Zowel TT als CT waren het in geringe mate eens met uitspraken over de rechtvaardigheid in de wereld: schaalbereik 4-24, TT-gem. = 9,0 (sd = 4,1), CT-gem. = 9,5 (sd = 3,7).

Emotionele belasting en burnout

In de interviews spraken deelnemers uit dat zij het werk zwaar vonden. Vaker bleek dit indirect uit hoe zij zich probeerden te beschermen tegen nadelige gevolgen van hun werk. In het vragenlijstonderzoek vond 47% van de traumatherapeuten het werk nogal tot zeer emotioneel belastend. Traumatherapeuten vonden hun werk meer belastend dan beheermedewerkers ($v^2 = 9,92$, $df = 1$, $p > 0,01$). De gemiddelde *burnout*-scores van therapeuten, zoals gemeten met de MBI, verschilden echter niet significant van de scores van de groepen sociotherapeuten of beheermedewerkers van het trauma-instituut.

In tabel 2 zijn de verbanden weergegeven tussen emotionele belasting respectievelijk *burnout* (emotionele-uitputtingschaal) en de specifieke factoren. Het is opvallend dat er geen significantie wordt bereikt in de verbanden tussen specifieke factoren en emotionele belasting. Er zijn daarentegen duidelijke verbanden tussen emotionele uitputting en de specifieke factoren, die op de schalen ‘rolreacties’, ‘negatieve emoties’ en ‘good people’ significantie bereiken.

Specifieke factoren en hun onderlinge samenhang

In tabel 3 zijn de correlaties tussen de verschillende subschalen samengevat. ‘Nachtmerries’ zijn matig tot behoorlijk gecorreleerd met de schalen ‘traumategenoverdracht’. Deze laatste vertonen onderling een duidelijke en significante samenhang. ‘Onrustige slaap’ en ‘nachtmerries’ zijn onderling niet gerelateerd. Wel wordt een onderlinge samenhang gevonden tussen de wereldbeeldschalen. Een secundaire factoranalyse van

Tabel 2. Correlaties tussen specifieke factoren, emotionele belasting en *burnout* (n = 43)

	Emot. belasting	Emot. uitputting MBI
traumategenoverdracht		
rolreacties	0,16	0,42**
negatieve emoties	0,22	0,34*
afstand nemen	0,05	0,29
verwerkingsreacties		
intrusie	nachtmerries	0,11
<i>hyperarousal</i>	onrustige slaap	-0,01
verandering in wereldbeeld		
'good world'		-0,02
'good people'		-0,03
'just world'		0,03

Spearman's rho: * p>0,05; ** p>0,01;

Tabel 3. Specifieke factoren en hun onderlinge correlaties

	1	2	3	4	5	6	7
traumategenoverdracht							
1 rolreacties							
2 negatieve emoties	0,31*						
3 afstand	0,38*	0,54***					
verwerkingsreacties							
4 onrustige slaap	–	–	–				
5 nachtmerries	0,33*	–	0,34*	–			
verandering in wereldbeeld							
6 good world	–	–	–	–	–		
7 good people	–	–	-0,29	0,36*	-0,29	0,53***	
8 just world	–	–	–	–	0,36*	–	

Spearman's rho: * p>0,05; ** p>0,01; *** p>0,001 (rho-waarden > 0,25 zijn aangegeven)

de subschalen over de hele groep respondenten leverde drie factoren op die grotendeels overeenkwamen met de door ons aangebrachte theoretische structuur in de vragenlijst. De traumategenoverdrachtschaal 'negatieve emoties' had echter ook aansluiting bij beide slaapitems, die hier wel in dezelfde factor terechtkwamen. De schaal 'just world' voegde zich ook als component bij de factor waarin de traumategenoverdrachtschalen voorkwamen.

Discussie

De vraagstelling van dit artikel is of traumaspecifieke reacties zijn te onderscheiden en of die reacties bijdragen tot ervaren werkbelasting. Data werden verkregen uit een exploratief kwalitatief/kwantitatief onderzoek onder therapeuten van een instituut voor behandeling van slachtoffers van georganiseerd geweld.

Traumategenoverdracht

Bij de behandeling van 'moeilijke patiënten' speelt het hanteren van overdracht en de eigen tegenoverdracht – onafhankelijk van het therapeutische referentiekader – een grote rol in het therapeutisch proces (Boon & Van der Hart, 1995; Van Gael, 1998; Hellinga, 1999; Van Holten-Basch, 1999; Tervoort, 1996). Kernvraag is hier of tegenoverdracht bij therapeuten van getraumatiseerde patiënten specifieke kenmerken heeft.

In het profiel van tegenoverdrachtgevoelens van traumatherapeuten vallen de relatief lage scores op 'beschaamd/schuldig', 'angst' en 'vervreemding' op, naast de hoge op 'begaan', 'vaderlijk/moederlijk', 'verantwoordelijk' en 'machteloos'. De traumatherapeuten-groep lijkt op grond hiervan beschreven te kunnen worden als een betrokken groep therapeuten die zich vaak nogal machteloos voelen, wat begrijpelijk is in het

licht van de problematiek van de patiënten die ze behandelen. Zij zijn zich sterk bewust van eigen reacties in het contact met de patiënt en proberen die reacties op een positieve manier te gebruiken in het therapeutisch proces. Dit stemt overeen met de indruk die we uit de interviews kregen.

Traumatherapeuten gaven in het interview met name aanvullingen op tegenoverdrachtreacties die gerelateerd lijken aan de traumatische rollen. Aangezien het doel van de vragenlijst was om juist deze karakteristieken te onderzoeken moet de vragenlijst op dit punt worden aangepast.

In de vergelijking met cliëntgerichte therapeuten valt op dat er geen verschillen in gemiddelde scores gevonden werden op 'rolreacties', terwijl traumatherapeuten op negatief gekleurde emoties significant lager scoorden. Een mogelijke verklaring voor deze uitkomst is dat rolreacties bij TT ongeveer evenveel voorkomen als bij CT. Het zou ook kunnen dat juist de specifiekere aan traumatisering gerelateerde rolreacties in de vragenlijst onderbelicht waren, waardoor verschillen op dit vlak niet aan het licht konden komen. De relatief lage negatieve-emotiescores van traumatherapeuten zouden te maken kunnen hebben met afweer: je hebt als traumatherapeut tenslotte voor dit werk gekozen, bent gemotiveerd en moet er dan ook maar tegen kunnen! Ook kan er sprake zijn van het door Wilson en Lindy (1994a) beschreven mechanisme van overidentificatie en vermijding. Hoe moeilijk is het om negatieve gevoelens te ervaren tegenover mensen die al zo getraumatiseerd zijn?

Ondanks deze verschillende hypothesen over de interpretatie van de gevonden verschillen suggereren de verschillen wel dat er specificiteit is in de aard van de tegenoverdrachtreacties bij de behandeling van getraumatiseerde patiënten. Voor specificiteit zou ook kunnen pleiten dat TT meer bijzondere gevoelens bij zichzelf menen te onderkennen dan CT. Factoren die specifiek zijn voor de therapierichting zijn echter niet uit te sluiten. Al geven beide groepen geen verschillen op het zich bewust zijn en onderkennen van eigen reacties, het is niet uitgesloten dat CT zich onderscheiden van TT door grotere acceptatie van hun (negatieve) gevoelens in de therapie. Herhaling van en uitbreiding van het onderzoek met therapeuten van andere stromingen zou hier meer klaarheid in kunnen brengen.

Verwerkingsreacties of secundaire traumatisering

Zowel de resultaten van de vragenlijst als die van het interview geven weinig aanwijzingen voor het optreden van secundaire traumatisering, geoperationaliseerd als onrustige slaap en nachtmerries. Er werden op beide variabelen ook geen verschillen gevonden tussen de

beroepsgroepen van het trauma-instituut, hoewel alle geconfronteerd worden met emotioneel belastende situaties met patiënten. Onderzoek van referentiegroepen die vergelijkbaar zijn met de huidige onderzoeksgroep is nodig. De relatie tussen de prevalentie van nachtmerries en de drie traumategenoverdrachtsschalen (tabel 3) zou erop kunnen wijzen dat traumategenoverdrachtreacties toch doorwerken in de slaap.

In deze resultaten spelen de keuzen bij de opzet van het onderzoek mogelijk een beslissende rol. Bij het interview is voor een open benadering gekozen, waarin *coping* een sterker accent kreeg dan klachten en niet expliciet naar klachten werd gevraagd om ze niet door de vraagstelling zelf te introduceren. Door deze benadering werd wel duidelijk dat traumatherapeuten ruimte moesten maken voor verwerking van wat zij in hun werk tegenkwamen. Zij benadrukten in het interview dat ze goed op zichzelf moesten letten en maatregelen namen als 'zelfzorg' om te kunnen blijven omgaan met de belasting van hun werk.

Veranderingen in wereldbeeld of 'vicarious traumatization'

Het hierboven geciteerde fragment is een voorbeeld van reflectie van een traumatherapeut op de sluipende langetermijnprocessen, die vaak pas expliciet worden bij bepaalde gebeurtenissen of bij een terugblik van wat grotere afstand tot het werk.

Het negatievere beeld van de goedheid van mensen, dat traumatherapeuten in het vragenlijstonderzoek bleken te hebben in vergelijking met cliëntgerichte therapeuten, kan zowel te maken hebben met verschillen in therapeutische oriëntatie of ervaring als met traumaspecifieke factoren. Traumatherapeuten die voortdurend geconfronteerd worden met ernstig interpersoonlijk geweld kunnen zich weinig illusies meer maken over de goedheid van mensen, terwijl geloof in de goedheid van de wereld een bescherming en overlevingsstrategie kan zijn. Van rechtvaardigheid in de wereld hadden zowel traumatherapeuten als cliëntgerichte therapeuten geen hoge verwachtingen.

Op basis van dit onderzoek is de vraag waar een adequate en begrijpelijke aanpassing van het wereldbeeld overgaat in een ongewenste negatieve reactie – *vicarious traumatization* – niet te beantwoorden. Hiervoor zouden de subjectieve en objectieve (bijvoorbeeld de mate van emotionele belasting) waardering van veranderingen in het mens- en wereldbeeld over langere tijd onderzocht moeten worden; alleen een longitudinaal onderzoek kan zicht geven op de 'werkelijke' veranderingen en de betekenis daarvan in het leven en beroepsmatig functioneren van therapeuten.

Specifieke factoren en belasting door het werk

In een ARBO-enquête die eerder op het trauma-instituut werd gehouden, gaf 76% van de medewerkers aan het werk emotioneel zwaar belastend te vinden (Ridderbos, 1995). Tijdens de interviews vertelden traumatherapeuten hun werk belastend te vinden vanwege de confrontatie met gruwelijkheden die mensen hebben meegemaakt, agressie in of buiten de therapie en PTSS-verschijnselen zoals herbelevingen. Op de vragenlijst scoorde bijna de helft van de therapeuten hoog op ervaren emotionele belasting. Dit is niet uitzonderlijk in vergelijking met medisch specialisten, van wie 55% behoorlijk tot zeer veel stress ervaart (Smets e.a., 1999). Het *burnout*-niveau van de onderzoeksgroep is vergelijkbaar met dat van psychotherapeuten (Van Leeuwen & Van der Ploeg, 1989), hoewel hier voorzichtigheid is geboden daar verschillende vertalingen van de MBI werden gebruikt. In vergelijking met een referentiegroep van huisartsen verschilden traumatherapeuten niet op het niveau van uitputting (TT-gem. = 17,6 versus huisartsen-gem. = 18, n. s.), maar ervoeren zij significant meer voldoening (29,9 versus 26,7; $p > 0,001$) en minder gevoelens van vervreemding (7,1 versus 9,4, $p > 0,01$) (Schaufeli & Van Dierendonck, 1997).

In de traumategenoverdracht zijn vooral rolreacties sterk gecorreleerd aan emotionele uitputting. Ze leiden niet tot een verhoogde emotionele belasting. Dit zou kunnen betekenen dat traumatherapeuten tegenoverdracht lange tijd goed kunnen hanteren totdat mislukking zich manifesteert in de vorm van *burnout*.

Het is een belangrijke vraag of uit deze gegevens moet worden geconcludeerd dat het wel meevalt met de emotionele belasting van de behandeling van PTSS-patiënten. Hierop past alleen een genuanceerd antwoord. Duidelijk is dat er sprake is van een hoge ervaren emotionele belasting. Dat de ervaren emotionele belasting niet sterk lijkt door te werken in heftige tegenoverdracht, niet lijkt te leiden tot secundaire traumatisering of een over de hele linie cynische levenshouding van traumatherapeuten, of een extreem hoog *burnout*-niveau, mag geen reden zijn om de invloed van specifieke belastende factoren te verwaarlozen, temeer daar de onderzoeksmethode zoals gezegd aanleiding geeft tot enige onzekerheid. Het blijft vooralsnog de vraag of hoge motivatie van traumatherapeuten, zelfselectie of bewustzijn van mogelijke nadelige gevolgen meespelen in de beschreven resultaten.

Conceptueel onderscheid tussen specifieke factoren

De specifieke factoren werden theoretisch onderscheiden naar omstandigheden waaronder het effect optreedt, het conceptuele model waaruit het concept stamt en de

gevolgen van de verschillende reacties. In de operationalisering van deze concepten werden deze aspecten ook onderscheiden: de tegenoverdrachtschalen hadden betrekking op gevoelens in het contact met de patiënt, verwerkingsreacties op slaapkklachten gedurende de afgelopen maand, en bij mens- en wereldbeeld werd gevraagd naar 'dit moment' en 'een jaar geleden'. De correlaties (zie tabel 3) wijzen erop dat hier verschillende concepten gemeten worden. Daarbij lijken verwerkingsreacties het minst duidelijk onderscheiden. Er is geen onderlinge samenhang tussen 'nachtmerries' en 'onrustige slaap' en de correlaties van 'nachtmerries' met de tegenoverdrachtvariabelen 'rolreacties' en 'afstand' lijken eerder de noodzaak aan te geven van verwerking van tegenoverdracht dan dat er van conceptuele overlap sprake is. Dat er geen samenhang gevonden wordt tussen de wereldbeeldschaal 'just world' en de andere twee wereldbeeldschalen, die juist wel sterk samenhangen, komt overeen met de bevindingen van Janoff-Bulman (1989), die uiteindelijk de schalen 'good world' en 'good people' als één construct (*benevolent world*) beschouwde.

Conclusie

In de literatuur zijn de concepten 'traumategenoverdracht', 'secundaire traumatisering' en 'vicarious traumatization' niet goed onderscheiden. Ons inziens kan in het licht van de resultaten van dit onderzoek ook beter gesproken worden in neutrale termen. Tegenoverdracht kan dan worden onderscheiden in rolreacties, negatieve emoties, tegenoverdracht in de oorspronkelijke analytische zin (een reactie vanuit eigen onverwerkte conflicten van de therapeut) en parallelprocessen. Verwerkingsreacties hoeven lang niet altijd te leiden tot secundaire traumatisering, zoals ook verandering in het wereldbeeld een noodzakelijke en verrijkende aanpassing kan zijn voor de therapeut. Vooral met het oog op preventie van emotionele overbelasting en *burnout* is het echter van belang dat het onderzoek naar een differentiërende operationalisatie dat wij zijn begonnen, wordt voortgezet.

Traumategenoverdracht vraagt om een stevig theoretisch referentiekader dat therapeuten helpt de gevoelens die door de patiënt bij hen worden opgeroepen, te begrijpen en te hanteren. Ook intervisie en supervisie zijn in dit kader belangrijk als kwaliteitsbevorderende en preventieve maatregelen. Verwerkingsproblemen daarentegen vragen eerder om training in het hanteren van bedreigende situaties en agressie, om een open klimaat waarin dergelijke situaties en de eigen emotionele reacties of klachten kunnen worden besproken. En positieve ervaringen in en buiten het werk, een gezond netwerk van sociale contacten en oog voor schoonheid in de wereld

kunnen helpen om de negatieve en gewelddadige ervaringen van patiënten niet weg te poetsen (te assimileren), maar daar in een veranderingsproces (accommodatie) ruimte voor te maken in het eigen wereldbeeld, naast en dankzij de positieve kanten uit de eigen ervaring. Zo'n veranderingsproces is noodzakelijk wil de therapeut open en empathisch kunnen blijven luisteren naar de ervaringen van zijn getraumatiseerde patiënten.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV*. Washington: APA.
- 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.
- Bijl, R., Lemmens, F., & Wijgert, J. van de (1996). Werken in de GGZ. Geestelijke gezondheid, arbeidsomstandigheden en verzuim van werknemers, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 51, 1001-1015.
- Boon, S., & Hart, O. van der (1995). De behandeling van de multiple persoonlijkheidsstoornis. In O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 187-232). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Danieli, Y. (1980). Countertransference in the treatment and study of Nazi holocaust survivors and their children, *Victimology*, 5, 355-367.
- Danieli, Y. (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust, *Psychoanalytic Psychology*, 1, 23-42.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable. Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi holocaust. In J. P. Wilson, Z. Harel en B. Kahana (red.), *Human adaptation to extreme stress. From the Holocaust to Vietnam* (pp. 219-238). New York: Plenum Press.
- 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.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1985). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Gabbard, G.O. (1996). Tegenoverdracht: opkomende onderlinge toenadering, *Psychotherapie*, 1, 91-101.
- Gael, M. van (1998). Als de chirurg in eigen vingers snijdt... Over de grenzen van de psychische draagkracht van de psychotherapeut, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24, 77-90.
- Haans, T. (1998). *Het labyrint van Ares. Werkbelasting door hulpverlening aan geweldsoverlevenden*. Utrecht: Stichting Pharos.
- Hafkenschied, A. (1993). Vicarious Traumatization: is het verschijnsel empirisch aantoonbaar? In A. J. de Jong (red.), *Therapeut en trauma* (pp. 25-32). Assen: van Gorcum.
- Hart, O. van der, Defares, P.B., & Mittendorf, C. (1995). Trauma-behandeling en de persoon van de therapeut. In O. van der Hart (red.), *Trauma, dissociatie en hypnose* (pp. 439-456). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hellinga, G. (1999). *Lastige lieden. Een inleiding over persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Holten-Basch, H. van (1999). Projectieve identificatie – wegwijzers en valkuilen, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 25, 223-241.
- 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* (pp. 21-24). Assen: van Gorcum.
- Latts, M.G., & Gelso, C.J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault, *Psychotherapy*, 32, 405-415.
- Leeuwen, J.J. van, & Ploeg, H.M. van der (1989). Burnout bij psychotherapeuten. In H. M. van der Ploeg en J. Vis, (red.), *Burnout en werkstress: ieders verantwoordelijkheid*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Lyon, E. (1993). Hospital staff reactions to accounts by survivors of childhood abuse, *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 410-416.
- 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.
- Minnen, A. van, Kroon, A., & Keijsers, G.P.J. (1998). Gevolgen voor therapeuten bij de behandeling van posttraumatische stress-stoornis, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24, 217-230.
- Passchier, I. (1992). Een vergelijking van een kwalitatieve en een kwantitatieve analyse in een onderzoek naar organisatiestress bij gevangenisbewaarders: triangulatie in praktijk. In A. Smaling en F. van Zuuren (red.), *De praktijk van kwalitatief onderzoek* (pp. 148-163). Meppel: Boom.
- Pearlman, L.A., & MacLan, P.S. (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists, *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558-565.
- 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. (niet gepubliceerd).
- Roering, S.E., Geelen, K., Spaans, M., & Bijl, R.V. (1995). *De zorg een last; psychische belasting en ziekteverzuim in verzorgingshuizen*. Utrecht: NcGv.
- Schaufeli, W.B. (1990). *Opgebrand. Achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burnout-syndroom*. Rotterdam: Donker.
- Schaufeli, W.B. (1995). 'Burnout': dwaallicht of lichtpunt?, *Psychologie & Maatschappij*, 72, 220-237.
- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (1994). Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL), *Gedrag en Gezondheid*, 22, 153-172.
- Schaufeli, W. B., & Dierendonck, D. van (1997). Maslach Burnout Inventory, Nederlandse versie (MBI-NL). Voorlopige handleiding (versie december 1995). (niet gepubliceerd).
- Schaufeli, W.B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Washington: Taylor & Francis.
- Schreuder, J.N., Egmond, M.v., Kleijn, W.C., & Visser, A.T. (1998). Daily reports of post-traumatic nightmares and anxiety dreams in Dutch war victims, *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 511-524.

- Smets, E.M.A., Visser, M.R.M., & Haes, J.C.J.M.de (1999), Burnout onder specialisten neemt toe, *Medisch Contact*, 54, 1048-1051.
- Stamm, B.H. (1997), Work-related secondary traumatic stress, *PTSD Research Quarterly*, 8, 1-3.
- Terr, L.C. (1991), Childhood traumas: an outline and overview, *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tervoort, M.G.A. (1996), Ambulante individuele psychotherapie bij cliënten met borderlineproblematiek: houding en gedrag van de psychotherapeut, *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 34, 4-21.
- Veer, M.A.A. van der (1991), Getraumatiseerde vluchtelingen: hun gevolgen voor de hulpverlener, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46, 1078-1089.
- Veldman, W. (1997), Oorlogstrauma bij vluchtelingen uit de frontlinies, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 248-271.
- Wilson, J.P., & Lindy, J.D. (1994a). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wilson, J.P., & Lindy, J.D. (1994b). Empathic strain and countertransference. In J. P. Wilson en J. D. Lindy (ed.), *Countertransference in the treatment of PTSD* (pp. 5-30). New York: Guilford.