



A.J.M. SMITH, W.CHR. KLEIJN, R.W. TRIJSBURG EN G.J.M. HUTSCHEMAEKERS

Drie onderzoeken naar coping bij traumatherapeuten

Therapeut en trauma

Traumatische ervaringen zijn de ultieme confrontatie met menselijke kwetsbaarheid, lelijkheid en perversie. Dit geldt vooral voor situaties waarin sprake is van geweld dat mensen elkaar aandoen, van oorlog en vervolging. Deze zijn oorzaak van spanning, angst, gevoelens van bedreiging en hulpeloosheid, en ondermijnen de basis van iemands bestaan als persoon en als medemens (1; 2).

Tijdens de therapie met getraumatiseerde cliënten wordt de therapeut getuige en, in overdracht-tegenoverdrachtconstellaties, soms zelfs deelgenoot van de voorbije drama's van de cliënt. Dit kan een therapeut niet onberoerd laten, en sinds de jaren negentig van de vorige eeuw hebben traumatherapeuten dan ook geprobeerd de impact te conceptualiseren die traumatherapie heeft op de therapeut in zijn/haar empathische verhouding met de cliënt.



Foto Ton Poortvliet/HH.



Van vermoedens naar onderzoek

De plotselinge confrontatie met traumatische ervaringen van cliënten kan ertoe leiden dat de therapeut symptomatische reacties ontwikkelt die lijken op de symptomen van de posttraumatische stressstoornis – ‘secundaire traumatische stress’. Op de lange duur kunnen deze reacties emotionele uitputting van de therapeut veroorzaken (zoals bij burnout), ook wel omschreven als ‘compassiemoeheid’ (3). Wanneer bestaande (positieve) cognitieve schema’s, basisaannamen, telkens weer verstoord worden door de traumaverhalen van cliënten zou dat kunnen leiden tot ‘verplaatste traumatisering’ – vervormingen van traumarelevante cognitieve schema’s over veiligheid, vertrouwen, achting, intimiteit en controle (4; 5). De ‘verboden’ traumatische thema’s of andere thema’s met een hoge emotionele impact die in de therapeutische relatie naar boven komen, roepen sterke emotionele reacties en tegenoverdrachtsreacties op en deze nemen een specifieke kleur aan wanneer ze de rollen binnen de traumatische situatie of dissociatieve reacties van de cliënt weerspiegelen (5; 6). Terwijl van secundaire traumatische stressreacties in de literatuur beweerd wordt dat ze betrekkelijk los staan van factoren die met de therapeut te maken hebben, worden cognitieve vervormingen en tegenoverdrachtsreacties gezien als het resultaat van een wisselwerking tussen de verhalen van cliënten en de persoon van de therapeut. Het onderscheid tussen de diverse aspecten van het proces waarin de therapeut reageert op de traumatische ervaringen van cliënten is echter minder duidelijk dan deze beschrijving doet vermoeden, en schrijvers gebruiken de be-

grippen vaak alsof ze (bijna) synoniem zijn (7). Op het moment dat wij ons onderzoek begonnen, waren er nog weinig gepubliceerde studies en beproefde meetinstrumenten waren niet beschikbaar. Hoewel die situatie de laatste tien jaar wel is veranderd, is de traumaspecificiteit van deze reacties van therapeuten nog steeds onduidelijk, vooral wat betreft cognitieve vervormingen en tegenoverdracht (8). Er is een blijvende belangstelling voor de oorzaken en de dynamiek van de zware emotionele belasting waarvan traumatherapeuten melding maken, en hierin lag dan ook de motivatie voor ons eerste en daaropvolgende onderzoek. Samengevat was het doel van ons onderzoek om na te gaan of de zware emotionele belasting die therapeuten van Centrum '45 aangaven (9) verband hield met de traumatische ervaringen van cliënten waarmee zij geconfronteerd werden en hoe deze samenhangt met burnout en met de traumaspecifieke processen beschreven door de begrippen 'secundaire traumatische stress', 'verplaatste traumatisering' en 'traumategenoverdracht'. Daarnaast was ons doel een duidelijk beeld te schetsen van de korte- en langetermijn veranderingen en van de coping-strategieën (strategieën die de therapeut gebruikt om een situatie te hanteren) die door deze begrippen worden omschreven.

Onderzoek 1 - Emotionele belasting en burnout

De begrippen 'traumategenoverdracht', 'secundaire traumatische stress' en 'verplaatste traumatisering' hebben met elkaar gemeen dat ze gezien worden als het gevolg van de belastende confrontatie met getraumatiseerde cliënten. De

beschrijvingen binnen deze begrippen van de context en het tijdsverloop suggereren dat ze misschien wel onlosmakelijk deel uitmaken van het verwerkingsproces van de therapeut, wat negatieve gevolgen als emotionele belasting en burnout zou kunnen hebben. Daarom kozen we als kader voor dit onderzoek een interactioneel coping-model, omdat dit namelijk zowel de normale gang van zaken bij het omgaan met stress beschrijft als het verloop en de mediërende factoren die spelen bij het omgaan met traumatische stress (2; 10). Dit model stelde ons in staat om tijdelijk afstand te nemen van de bekende begrippen, terwijl die nog wel steeds in verband gebracht konden worden met dit proces van 'coping'. Het bood een structuur om het proces te bestuderen hoe therapeuten eigenlijk met dit soort situaties omgaan, inclusief de factoren die daarbij een rol spelen. Voor de eerste studie hadden we de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat voor soort moeilijkheden ervaren therapeuten in een traumacentrum bij hun klinische werk?
2. Bestaat er een samenhang tussen emotionele belasting en burnout?
3. Zijn er aanwijzingen voor traumategenoverdracht, secundaire traumatische stress of verplaatste traumatisering bij therapeuten uit een traumacentrum?

METHODE

Opzet. Het onderzoek was verkennend en beschrijvend van opzet, en maakte gebruik van zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Het werd uitgevoerd bij Centrum '45, het Nederlands landelijk instituut voor de behandeling van slachtoffers van geweld, oorlog en vervolging. De deelnemers waren werkzaam op de afdeling voor overlevenden en veteranen van de Tweede Wereldoorlog en hun kinderen (afdeling WO II) of op de afdeling voor getraumatiseerde vluchtelingen en asielzoekers (afdeling Vluchtelingen).

Deelnemers & procedure. Vijftien therapeuten namen deel aan een semi-gestructureerd interview. Zij verschilden qua achtergrond (psychiater, psychotherapeut, creatief therapeut of psychomotorische therapeut en sociotherapeut) en qua aanstellingsduur bij Centrum '45. Aan het begin van het interview gaf de therapeut een beschrijving van twee moeilijke situaties met zijn cliënten, van zijn emotionele reacties en gedragingen om de situatie te hanteren, en zijn gedachten over de factoren die hem hielpen of juist hinderden bij het omgaan met de situatie. Verder vulden ze ook een vragenlijst in (zie instrumenten). Om de privacy van de deelnemers te garanderen, werden de interviews afgenomen door iemand die speciaal voor dit onderzoek was aangetrokken. De onderzoekers kregen pas de beschikking over de interviews nadat alle elementen die tot identificatie zouden kunnen leiden uit de getranscribeerde tekst waren verwijderd. Deze werd vervolgens geanalyseerd volgens de principes van de Grounded Theory analyse (gefundeerde theorieanalyse) (11). Na dit vooronderzoek werd de vragenlijst uitgedeeld aan alle medewerkers van Centrum '45,

inclusief administratief en huishoudelijk personeel. Tweeënnegentig vragenlijsten werden geretourneerd, wat een respons van 72% betekende. Veertig procent van de respondenten was man, 62% was veertig jaar of ouder, 35% werkte minder dan drie jaar bij Centrum '45 terwijl 45% er langer dan vijf jaar werkte. De groep therapeuten bestond uit 20 sociotherapeuten en 43 andere therapeuten, inclusief psychiaters, psychotherapeuten, creatieve of psychomotore therapeuten en maatschappelijk werkenden. Zevenendertig therapeuten waren werkzaam op de afdeling WO II en 25 therapeuten bij de afdeling Vluchtelingen.

Instrumenten. De vragenlijst bevatte instrumenten voor het meten van burnout, werkervaring, situatiegebonden spanningen, coping, hulpbronnen, tegenoverdracht, slaap stoornissen en nachtmerries, en cognitieve schema's. Emotionele belasting werd gemeten aan de hand van één enkel item. De impact van een zelf ervaren moeilijke situatie en de intensiteit van emotionele reacties werd gemeten met de STRess Appraisal INventory (STRAIN, 12). Werkervaring werd gemeten aan de hand van schalen met vier items, waaronder schalen voor duidelijkheid van rol, loyaliteit aan de organisatie, en het voornemen van baan te veranderen (12). Voor burnout gebruikten we de Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (13). Tegenoverdracht is gemeten met behulp van de Emotions Questionnaire (EMO), die voor dit onderzoek was samengesteld op basis van bestaande literatuur over traumategenoverdracht. De vragenlijst bevatte vijf items over het zich bewust zijn van tegenoverdrachtsreacties en dertien items in drie subschalen die verband hielden met rol-reacties, negatieve emoties

en afstand nemen (14). We gingen ervan uit dat slaapproblemen een eerste teken zouden zijn van secundaire traumatische stress. Items die verband hielden met nachtmerries en onrustige slaap kwamen uit de vragenlijst Nachtelijke Intrusie na Traumatische Ervaringen (NITE, 15) en zijn gebruikt als meetinstrumenten voor secundaire traumatische stress. Drie subschalen van de World Assumptions Scale (Wereld Aannamen Schaal) (WAS, 16), namelijk Good World, Good People and Just World (Goede wereld, Goede Mensen en Rechtvaardige Wereld), zijn in het Nederlands vertaald en bij dit onderzoek gebruikt om cognitieve schema's te evalueren die relevant zijn voor het omgaan met traumatische ervaringen¹.

Statistische analyse. De analyse was voornamelijk correlatieel, met t-toetsen of kruistabellen ter vergelijking van groepen, Pearson product-moment correlaties voor verbanden tussen variabelen, en hiërarchische regressieanalyses om de factoren te onderzoeken die bijdragen aan emotionele belasting en burnout.

RESULTATEN

Moeilijke situaties. De 15 therapeuten uit het vooronderzoek beschreven in totaal 44 moeilijke klinische situaties. In 55% van de gevallen werd de moeilijkheid toegeschreven aan de psychopathologie van de cliënt: agressie, posttraumatische symptomen of andere psychopathologie. Problemen binnen de therapeutische relatie maakten 34% uit van de moeilijke situaties: deze hadden te maken met het niet kunnen scheppen van een goede werkrelatie, de angst van de cliënt om over voorbije ervaringen te praten en onvoldoende vooruitgang van de therapie. De laatste categorie

moeilijkheden (11%) bestond uit de dilemma's die de therapeut ondervond in verband met aanhoudend geweld, de dubbele agenda van de cliënt (bijvoorbeeld in verband met het verkrijgen van een vluchtelingenstatus in Nederland), of ernstige of onoplosbare psychosociale problemen.

In het kwantitatieve onderzoek noemden therapeuten van de afdeling WO II vaker moeilijkheden met collega's of de organisatie, terwijl therapeuten van de afdeling Vluchtelingen vaker cliëntgerelateerde moeilijkheden noemden ($\chi^2=8.44, p<.05$).

Emotionele belasting en burnout. De emotionele belasting was hoger onder therapeuten dan onder het administratief en huishoudelijk personeel (respectievelijk 45% en 11% van hen meldde een hoge emotionele belasting) en hoger onder therapeuten die met vluchtelingen werkten ($M=2.64, SD=.70$) dan onder therapeuten van overlevenden van WO II ($M=2.22, SD=.67$), $t(60)=2.40, p<.05$). Het niveau van emotionele uitputting lag bij therapeuten van Centrum '45 wat hoger dan bij een referentiegroep uit de algemene geestelijke gezondheidszorg (GMH) (17): therapeuten van Centrum '45 $M=20.0$ ($SD=7.7$), GMH $M=17.5$, $t(58)=2.47, p<.05$. In tegenstelling tot wat gevonden werd voor emotionele belasting, was het niveau voor burnout gelijk voor beide groepen therapeuten van Centrum '45.

Er werden twee hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd met emotionele belasting en burnout als afhankelijke variabelen. Situatiegerelateerde factoren (impact en totale emotionele spanning) en factoren die met het werk te maken hadden (teamwork, duidelijkheid van rol en loyaliteit)

werden opgevoerd als onafhankelijke variabelen (zie tabel 1). Burnout hing samen met organisatiegebonden stress (de wens om van baan te veranderen), terwijl ervaren emotionele belasting voornamelijk in verband werd gebracht met het werk met cliënten (impact en duidelijkheid over de rol).

Traumategenoverdracht, secundaire traumatische stress en verplaatste traumatisering. Wat betreft totale tegenoverdracht, tegenoverdrachtschalen, slaapstoornissen of basale cognities liet vergelijking van de gemiddelden geen significante verschillen zien tussen de twee groepen therapeuten van Centrum '45. Maar traumatherapeuten van Centrum '45 meldden minder negatieve gevoelens dan cliëntgerichte therapeuten: traumatherapeuten $M=14.2$ ($SD=3.5$), cliëntgerichte therapeuten $M=17.8$ ($SD=4.0$), $t(82)=4.4$, $p<.001$. Cliëntgerichte therapeuten scoorden hoger op afschuw ($p<.01$), angst ($p<.001$), verdriet ($p<.001$), boosheid ($p<.01$) en gevoelens van vervreemding ($p<.05$). Een vergelijking van basale cognities van traumatherapeuten en cliëntgerichte therapeuten liet een significant verschil zien op de schaal 'goedheid van mensen' (traumatherapeuten $M=14.2$ ($SD=4.0$), cliëntgerichte therapeuten $M=16.1$ ($SD=2.6$), $t(82)=2.50$, $p<.05$). Traumatherapeuten waren cynischer ten aanzien van de goedheid van mensen dan cliëntgerichte therapeuten.

1 Een uitgebreidere beschrijving van het onderzoek en de instrumenten is te vinden in Smith et al., 2000; 2001.

Tabel 1 Cliëntgerichte en werkgerelateerde factoren die meespelen bij de ervaren emotionele belasting en emotionele uitputting (burn-out). Hiërarchische regressie (N=63)

variabele	Emotionele belasting			Emotionele uitputting		
	B	SE B	β	B	SE B	β
Stap 1						
Impact	.28	.07	.59***	.60	1.03	.11
Totale spanning	.00	.01	.08	.23	.10	.41*
Stap 2						
Impact	.24	.07	.50***	.17	.92	.03
Totale spanning	.00	.01	.04	.19	.09	.35*
Duidelijkheid over de rol	-.07	.03	-.33**	-.11	.34	-.04
Loyaliteit	.03	.03	.14	-.41	.38	-.14
Verandering van baan	.01	.03	.03	1.06	.34	.42**

Emotionele belasting $R^2=.42$; $\Delta R^2=.10^*$ voor Stap 2; Emotionele uitputting $R^2=.24$; $\Delta R^2=.25^{***}$ voor Stap 2; * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<=.001$

Discussie van onderzoek 1

Hoewel de voor burnout gevonden niveaus maar nauwelijks hoger waren dan bij andere beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg, onderschrijven de resultaten voor de ervaren emotionele belasting het belang van onderzoek naar traumaspecifieke effecten op therapeuten.

Aangezien al onze deelnemers voornamelijk met getraumatiseerde cliënten werkten, geven de situationele categorieën verschillende aspecten te zien van traumagerelateerde moeilijkheden. Ongeveer 50% had te maken met posttraumatische psychopathologie, en de verschillen tussen therapeuten uit de twee afdelingen doen vermoeden dat de ernst van de symptomen en

een hoog gehalte aan psychosociale problemen bij cliënten bijdragen aan de emotionele stress bij therapeuten. Maar het verschil in emotionele belasting zou ook verband kunnen houden met het pionierskarakter van de nieuwe afdeling voor vluchtelingen. Een hogere mate aan problemen met collega's binnen de afdeling WO II zou kunnen wijzen op parallele processen van de diep gewortelde (disfunctionele) posttraumatische verwerkingsstrategieën van de cliënten. De moeilijkheden binnen de therapeutische relatie en de dilemma's van de therapeut wijzen erop dat de dynamiek van de traumatische situatie zich tot in de therapie uitstrekt. De meeste cliënten hadden de ervaring dat praten gevaarlijk en zelfs levensbedreigend was en voor de meeste

asielzoekers in afwachting van een beslissing in hun verzoek om een verblijfsvergunning, was de existentiële bedreiging nog niet voorbij.

Onze uitkomsten voor wat betreft de specificiteit van de effecten van traumagerelateerde therapeutische moeilijkheden waren meerduidelig. Hoewel wij een aantal verschillen hebben gevonden qua tegenoverdrachtsprofiel en basale cognities, moeten deze resultaten met voorzichtigheid worden bekeken vanwege verschillen in onderzoekopzet tussen de onderzoeken bij Centrum '45 en die onder cliëntgerichte onderzoeken (deze laatste waren gelegenheidssteekproeven ter validering van de EMO en WAS).

Deze resultaten, het gebrek aan betrouwbare instrumenten om de reacties van therapeuten op de verhalen van cliënten te meten (18), en de ernstige twijfel die er in de literatuur bestaat ten aanzien van traumaspecificiteit (8) waren aanleiding voor een tweede verkennend onderzoek. In dit onderzoek hebben we ons ten doel gesteld traumatherapeuten en andere therapeuten (die niet gespecialiseerd waren in traumabehandeling) te interviewen over hun reacties op traumatische en andere moeilijke klinische situaties.

Onderzoek 2 – Confrontaties met trauma en andere therapeutische moeilijkheden

Bij het vorige onderzoek ging het er alleen om, hoe een groep gespecialiseerde traumatherapeuten die in hetzelfde instituut werkzaam waren, op hun klinische werk reageerden. Ondanks voorzorgsmaatregelen om de privacy van de deelnemers te garanderen, zouden hun beschrijvin-

gen beïnvloed kunnen zijn door het feit dat het onderzoek binnen de instelling werd uitgevoerd. In ons kwalitatieve materiaal waren symptomatische reacties en negatieve lange-termijn veranderingen niet prevalent. De literatuur beschrijft dit soort semi-acute en lange-termijn veranderingen echter als de kern van traumaspecifieke effecten, met een mogelijk sterke negatieve impact op het coping-gedrag van de therapeut tijdens een behandelsessie. Wij besloten daarom bij het tweede onderzoek meer aandacht te besteden aan semi-acute en lange-termijn veranderingen in relatie tot de psychotherapeutische praktijk. Ons onderzoek naar traumaspecificiteit was tweeledig: hoe reageren therapeuten op traumatische situaties en wat zijn de verschillen tussen gespecialiseerde traumatherapeuten en andere (niet-gespecialiseerde) psychotherapeuten.

We hadden de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe reageren therapeuten op traumatisch materiaal in vergelijking met andere moeilijke situaties?
2. Verschillen traumatherapeuten en andere psychotherapeuten van elkaar in de manier waarop zij omgaan met moeilijkheden binnen de klinische praktijk?

METHODE

Opzet. Het onderzoek had een verkennende, kwalitatieve opzet, en maakte gebruik van diepte-interviews over de ervaringen die therapeuten hadden met moeilijke klinische situaties.

Deelnemers & procedure. Er vond een gelegenheidssteekproef plaats met vijf gespecialiseerde trauma therapeuten en zes gespecialiseerde therapeuten die werkzaam waren in een reguliere psychotherapiepraktijk. Zij namen deel aan een anderhalf uur durend interview (afgenomen door de eerste auteur). Door de open structuur van het interview (vergelijkbaar met die bij onderzoek 1) konden de deelnemers hun eigen verhaal doen over hun reacties in emotioneel belastende situaties met cliënten, over persoonlijke lange-termijn veranderingen en over hun manier van omgaan met de spanningen inherent aan hun beroep. De achtergrond van de specialisten was die van psychiater of psycholoog, en de meesten waren of psychoanalytisch of cliëntgericht psychotherapeut.

Analyse. De geluidsbanden van de interviews werden getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd volgens de principes van de Grounded Theory analyse. De hieruit naar voren komende categorieën reacties werden gebruikt in een controlelijst om het oorspronkelijke interviewmateriaal te kwantificeren. Dit maakte frequentie-analyses alsook een Multiplex Correspondentie Analyse (SPSS) van de data mogelijk om aldus de reacties van de therapeuten te onderzoeken op patronen en clusters (19).

RESULTATEN

Moeilijke situaties. De Grounded Theory analyse (gefundeerde theorieanalyse) leverde drie soorten moeilijke situaties op: traumatische situaties (20), existentieel moeilijke situaties (7) en moeilijkheden in de interactie met de cliënt (9). Bij traumatische situaties gaven de verhalen van de cliënt traumatische ervaringen weer die voldeden aan het A-criterium van de diagnose voor post traumatische stressstoornis uit de DSM-IV (1). Existentieel moeilijke situaties waren situaties waarin de therapeut de hopeloosheid van de situatie van de cliënt intens voelde, terwijl bij moeilijkheden in de interactie het grootste probleem lag in het sterke emotionele appèl dat de cliënt op de therapeut deed.

Therapeutreacties. De reacties van de therapeuten werden aanvankelijk los van de situationele inhoud geanalyseerd, wat twintig categorieën reacties opleverde. Bijna alle therapeuten zeiden dat ze geschokt waren of angst, hulpeloosheid en intrusies ervoeren, en dat zij piekerden over behandelsessies, zich uitgedaagd voelden, of dat ze meegesleept werden door de sterke gevoelens van de cliënt. Door met collega's of anderen te praten over hun ervaringen tijdens de sessies probeerden ze deze van zich af te zetten. De Multiple Correspondence analyse liet zien dat de meeste van deze reacties gegroepeerd waren rond traumatische situaties. Deze uitkomst wijst op een traumaspecifiek reactiepatroon: schrik, angst, het gevoel overmand en meegesleept te worden door sterke gevoelens van de cliënt, somatische reacties en praten. Bij existentiële situaties gaven therapeuten aan zich in hoge mate verantwoordelijk te voelen voor de cliënt of het

therapeutisch proces. Intrusieve ervaringen waren niet onderscheidend voor therapeuten of verschillende soorten moeilijke situaties. De andere categorieën van therapeutreacties clusterden zich als een functie van de persoonlijke therapiestijl van de therapeut.

Verschillen tussen gespecialiseerde traumatherapeuten en andere gespecialiseerde therapeuten. Hoewel wij wel verschillen aantreffen tussen therapeuten in samenhang met de omgeving waarin ze werkten (therapeuten in een privé-praktijk voelden zich meer verantwoordelijk), deden zich geen verschillen voor tussen traumatherapeuten en andere therapeuten binnen de groep specialisten. Een Multiple Correspondence analyse van de gecombineerde gekwantificeerde gegevens van het interviewmateriaal van het eerste en het tweede onderzoek liet echter wel verschillen zien tussen de traumatherapeuten van Centrum '45 enerzijds en de specialisten anderzijds. Therapeuten die werkzaam waren binnen Centrum '45 maakten vaker melding van actieve interventies, terwijl de andere gespecialiseerde therapeuten meer neigden naar reflectie en een ervaringsgerichte houding tijdens de therapie (19).

Discussie van onderzoek 2

De uitkomsten van de analyses van het gekwantificeerde interviewmateriaal lieten een reactiepatroon zien dat specifiek samenhang met de beschreven traumatische situaties. Bij dit patroon hoorden angst, schrik, somatische reacties en het gevoel meegesleept en overmand te worden door de sterke gevoelens van de cliënt. Dit patroon

kwam terug in de gecombineerde analyse van de kwalitatieve gegevens uit onderzoek 1 en onderzoek 2. Ervaringen met intrusies werden door alle specialisten genoemd, zij het in betrekkelijk weinig situaties. Deze leken niet uitsluitend verband te houden met traumatische situaties, aangezien ze ook genoemd werden in andere situaties met een hoge emotionele impact. Traumatische situaties kunnen overweldigend zijn, zelfs voor zeer ervaren therapeuten, en werkomgeving en andere karakteristieken van het werk van de therapeut lijken van geringe invloed op dit reactiepatroon.

Hoewel dit traumapatroon een sterke negatieve emotionele belasting laat zien, willen onze gegevens niet zeggen dat therapeuten door de confrontatie met moeilijke traumatische situaties getraumatiseerd raken. In tegendeel, de gespecialiseerde therapeuten functioneerden allemaal goed en hielden van hun werk. Dit reactiepatroon kan bijgedragen hebben tot de zware emotionele belasting van de therapeuten van Centrum '45, die vaker geconfronteerd worden met de traumatische ervaringen van cliënten dan de specialisten die nog een heleboel andere taken hadden naast hun werk als psychotherapeut. De zware emotionele belasting van de therapeuten van Centrum '45 heeft echter niet geleid tot symptomatische reacties die een teken zijn van secundaire traumatisering van de therapeuten.

Bovendien onderschrijven de uitkomsten van dit onderzoek niet duidelijk de lange-termijn veranderingen zoals die begrepen zijn in de cyclus van tegenoverdracht en verplaatste traumatisering, en die reacties van therapeuten op cliënten tijdens de sessie kleuren (5). Wij hebben geen

verschillen gevonden in reactiepatronen die samenhangen met de traumaspécialisatie van de gespecialiseerde therapeuten. Het verschil tussen therapeuten van Centrum '45 en gespecialiseerde therapeuten qua therapeutische attitude (actief tegenover reflectief/ervaringsgericht) brengt misschien een coping-strategie tot uitdrukking, een manier van omgaan met zware emotionele belasting of gevoelens van hulpeloosheid wanneer men geconfronteerd wordt met de ernstige posttraumatische en existentiële problemen van cliënten. Er zijn andere verklaringen mogelijk maar daar kan met deze analyses geen uitsluitel over worden gegeven: afspiegeling van een organisatiecultuur, een effect dat samenhangt met de interviewmethode (interview-artefact) of een gevolg van de verschillende mate van ervaring van therapeuten van Centrum '45 en gespecialiseerde therapeuten.

Traumaspécificiteit lijkt dus aannemelijk voor reacties op traumatische situaties. Ervaringen met bijzonder ernstig getraumatiseerde cliënten kunnen, in combinatie met veelvuldige confrontaties, de reacties van therapeuten tijdens de sessies beïnvloeden. Onze resultaten leveren echter geen bewijs voor de opvatting dat langdurige ervaring met traumatherapie als zodanig een negatieve invloed heeft op het welbevinden van de therapeut of op diens gedrag tijdens de therapie. Vanwege het exploratieve karakter van onze onderzoekingen tot dusver dienen deze uitkomsten getoetst te worden in een gecontroleerd kwantitatief onderzoek.

Onderzoek 3 – Specificiteit van reacties op trauma

Specificiteit van reacties op verschillende soorten klinische situaties met een hoge impact was het onderwerp van het derde onderzoek. Onze onderzoeksvraag was nu:

Is er een specifiek verband tussen traumareacties en blootstelling aan de traumatische ervaringen van cliënten?

METHODE

Opzet. Het onderzoek was experimenteel van opzet, en maakte gebruik van vier klinische scènes bij wijze van stimulusmateriaal. Het was goedgekeurd door de Medisch-Ethische Commissie van de Opleiding Psychologie van de Faculteit Sociale en Gedragwetenschappen van de Universiteit van Amsterdam.

Deelnemers & procedure. De deelnemers waren psychologiestudenten ($N=100$, gemiddelde leeftijd 21.4 (SD 1.7), in de leeftijdsgroep van 18-34 jaar), die studiepunten of een kleine financiële vergoeding ontvingen voor hun deelname. Nadat zij hun toestemming ('informed consent') hadden gegeven en een korte demografische vragenlijst hadden ingevuld, bekeken zij op band opgenomen scènes waarin cliënten – gespeeld door acteurs – hun therapeut vertellen over een recente gebeurtenis. Twee vignetten waren Nederlandse vertalingen van scènes die gebruikt waren in de Psychological Mindfulness Assessment Procedure (PMAP, 20), en lieten cliënten zien met relationele problemen. Twee vignetten waren speciaal voor dit onderzoek gemaakt². In het ene vignet confronteerde een

vluchteling, die het redelijk goed maakte, haar therapeut plotseling met het traumatische verhaal hoe zij op de vlucht haar kind was kwijtgeraakt. Het tweede toonde een borderlinecliënt die eerst de therapeut idealiseert en dan opeens een enorme woedeaanval krijgt en met zelfmoord dreigt. De procedure volgde het handboek van de PMAP (20); in aanvulling daarop moesten de deelnemers na het zien van ieder vignet hun emotionele reacties aangeven op een checklist. Hier worden alleen de resultaten vermeld van de emotionele reacties op de twee speciaal gemaakte vignetten.

Instrumenten. De vragenlijst Reacties en Emoties van de Therapeut (Therapist Reactions and Emotions questionnaire oftewel TREq) is een vragenlijst met twintig items die ontwikkeld is om de emoties en gedragsneigingen van therapeuten in een klinische situatie te meten. Intensiteit wordt aangegeven op een Likertschaal van vijf punten die loopt van 'nauwelijks of helemaal niet' tot 'heel sterk'. De items geven de twintig reactiecategorieën weer die we in onderzoek 2 hadden gevonden; de vijf subscalen geven de clusters van de reacties van de

therapeut weer. De subschaal Verantwoordelijk bevat items met betrekking tot: zich meer dan normaal verantwoordelijk voelen, betrokken zijn, gefascineerd zijn of meegesleept worden door sterke gevoelens van de cliënt. De subschaal Actief Verwerken (Active Coping) bestaat uit: piekeren om tot een oplossing te komen, praten, advies vragen, en proberen om de situatie van de cliënt te veranderen. De subschaal Trauma omvat schrik, angst, intrusieve beelden en somatische reacties. Boosheid, verdriet, hulpeloosheid, en het gevoel uitgedaagd of gemanipuleerd te worden, maken samen deel uit van de subschaal Negatieve Gevoelens, terwijl de subschaal Afstand Nemen de volgende items bevat: het zich losmaken van de cliënt, het stellen van grenzen, het voelen van een grote afstand, en het zich emotioneel terugtrekken van de therapeut. De subschalen zijn vergelijkbaar met categorieën van tegenoverdracht die in ander onderzoek zijn gevonden (21), met uitzondering van de subschaal Traumareacties die specifiek is voor de TREQ. De interne consistentie van de gehele schaal varieerde van Cronbachs alfa .84-.87 voor verschillende vignetten, subschalen alfa's van .53-.72. De totale score op de TREQ onderscheidde neurotische vignetten en beide vignetten met hoge emotionele impact ($p > .001$). De vignetten met de vluchteling en de borderline-patiënt gaven significant andere waarden op de subschalen Traumareacties ($p = .001$) en Afstand Nemen ($p < .001$) van de TREQ, wat de begripvaliditeit van de TREQ (22) onderschrijft.

Analyse. We hebben een multivariate variantieanalyse (MANOVA) uitgevoerd om de effecten van de typen vignetten op de reacties van de the-

rapeut te bestuderen, en vervolgens een univariate variantieanalyse (ANOVA) om interacties te onderzoeken.

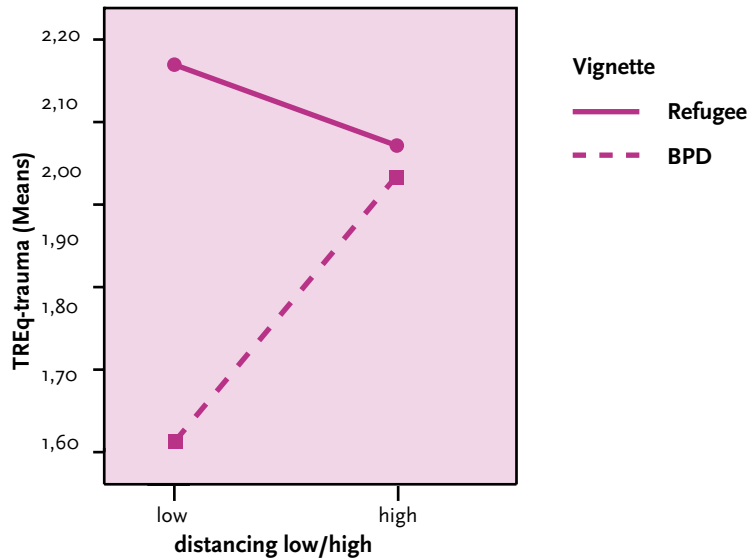
RESULTATEN

Om de specificiteit te onderzoeken van therapeutreacties op verschillende klinische situaties, hebben we een MANOVA uitgevoerd met de vijf subschalen van de TREQ als afhankelijke variabelen, en 'vignet' (vluchteling of borderline-patiënt) en geslacht als onafhankelijke variabelen; leeftijd werd opgenomen als covariantie. Bij 'vignet' constateerden we een belangrijk effect op Traumareacties ($F(1,192) = 8.15, p < .01$) en op Afstand Nemen ($F(1,192) = 23.62, p < .001$). De scores voor Traumareactie waren significant hoger op het vluchteling-vignet, terwijl meer Afstand Nemen samenhang met het vignet van de borderline-patiënt.

Om na te gaan wat het verband was tussen Traumareacties en Afstand Nemen, maakten we twee groepen deelnemers die respectievelijk laag en hoog scoorden op de subschaal Afstand Nemen, door middel van een mediaansplitsing op dat onderdeel van de TREQ. Geslacht, 'vignet' en lage tegenover hoge scores voor Afstand Nemen werden opgevoerd als onafhankelijke variabelen; leeftijd werd opgevoerd als covariaat. Weer kwam er een belangrijk effect voor 'vignet' naar voren. Het vignet met de vluchteling riep significant meer traumareacties op dan die met de borderline-patiënt ($F(1,192) = 7.30, p < .01$). Er werd een interactie-effect gevonden voor geslacht en lage/hoge scores voor Afstand Nemen op Traumareacties ($F(1,192) = 4.46, p < .05$): man-

nelijke deelnemers met hoge scores voor Afstand Nemen scoorden ook hoog op Traumareacties, maar dit gebeurde niet bij de vrouwelijke deelnemers: hun scores lieten geen verband zien met hoge versus lage waarden voor Afstand Nemen. Bovendien vonden we een interactie-effect van 'vignet' en lage/hoge scores voor Afstand Nemen op Traumareacties ($F(1,192) = 5.78, p < .05$). Figuur 1 laat de plot van deze analyse zien. Voor het vignet met de vluchteling zijn de scores voor Traumareacties hoog, ongeacht of er laag of hoog gescoord werd op Afstand Nemen. Hoewel een hoge waarde voor Afstand Nemen de traumareacties iets lijkt te verlichten, is het verschil niet significant (er is geen belangrijk effect van lage/hoge scores voor Afstand Nemen). Als reactie op het vignet met de borderline-patiënt gaat een lage score voor Afstand Nemen samen met lage scores op traumareacties. Maar deelnemers met hoge scores voor Afstand Nemen melden significant meer traumareacties. Lage scores voor zowel Traumareacties als Afstand Nemen doen een lage impact vermoeden, terwijl de combinatie hoge scores voor Afstand Nemen en Traumareacties waarschijnlijk een weerspiegeling is van de hoge impact van het vignet met de borderline-patiënt op deze respondenten.

1 Beide scènes zijn gemaakt door Ton Haans in samenwerking met de eerste auteur.

Figuur 1 Effecten van 'vignette' en lage/hoge scores voor Afstand Nemen op traumareacties

Discussie van onderzoek 3

Bij dit onderzoek kwamen, van alle mogelijke reacties, Traumareacties en Afstand Nemen naar voren als specifiek verband houdend met respectievelijk het vignette met de vluchteling en die met de borderline-patiënt. De vluchteling-cliënte, wier verhaal voldeed aan de criteria voor een 'traumatische situatie', riep voornamelijk traumareacties op, terwijl de deelnemers op de borderline-patiënt vooral reageerden door afstand te nemen. Omdat we veronderstelden dat het nemen van afstand ook een strategie kon zijn om hoge impact te hanteren, vergeleken we de intensiteit van gerapporteerde traumareacties voor de groepen deelnemers met lage of hoge scores op Afstand Nemen. Afstand Nemen

functioneerde nauwelijks als een verwerkingsstrategie bij de traumatische situatie. In plaats daarvan leek het een teken te zijn van sterke tegenoverdrachts reacties jegens de borderline-patiënt. Op basis van deze gegevens kan niet worden vastgesteld of deze sterke tegenoverdrachtsreacties of de situatie zelf als 'traumatische stimuli' hebben gefunctioneerd. Deze uitkomsten suggereren dat traumareacties verband houden met een hoge impact van klinische situaties op de therapeut. Maar – ook al komen traumareacties niet uitsluitend bij traumatische situaties voor – zij vormden niet alleen het overheersende reactiepatroon bij de traumatische situatie van de experimentele conditie, maar werden ook niet beïnvloed door de niveaus bij

Afstand Nemen of door andere reactiepatronen. Kort gezegd zou de conclusie van dit onderzoek dus kunnen zijn dat traumareacties specifiek zijn voor traumatische situaties, maar niet daartoe zijn beperkt.

Een therapie-analoog experimenteel onderzoek als het onderhavige heeft daaraan inherente beperkingen voor de generaliseerbaarheid van de resultaten naar therapeutische situaties. Bovendien waren onze deelnemers psychologiestudenten en geen therapeuten. Dit zou van invloed kunnen zijn op de psychometrische eigenschappen van de TREq alsook op de tegenoverdrachtpatronen die de experimentele vignettes oproepen. Het onderzoek zou met een groep therapeuten moeten worden herhaald om dit te ondervangen. Daarnaast meet de TREq gedragsneigingen en emotionele reacties op een klinische situatie, maar geen cognitieve tegenoverdrachtsreacties. Deze zouden ook deel uit moeten maken van een uitgebreider onderzoek naar therapeutreacties en manieren van omgaan met moeilijke klinische situaties.

Wat weten we nu?

Doel van onze onderzoeken was om na te gaan of zware emotionele belasting van traumatherapeuten specifiek verband hield met hun blootgesteld zijn aan de traumatische ervaringen van cliënten. Daarbij stelden wij ons ten doel, duidelijkheid te brengen in de traumaspecifieke effecten op therapeuten: 'secundaire traumatische stress', 'verplaatste traumatisering' en 'trauma-tegenoverdracht'.

De opeenvolging van deze drie onderzoeken wijst op het belang van nader onderzoek naar de eigen ervaringen van therapeuten tijdens de psychotherapeutische praktijk, vooral met getraumatiseerde cliënten. Het eerste onderzoek onderscheidde burnout van emotionele stress; burnout bleek voornamelijk samen te hangen met organisatiegebonden factoren, emotionele stress met klinische situaties. Onze bevindingen zijn een empirische onderbouwing van wat traumatherapeuten melden over de hoge emotionele impact van hun werk, en wezen uit dat duidelijkheid over de rol die men heeft, een belangrijke ondersteunende werkgerelateerde factor is.

In het tweede en derde onderzoek vonden we trauma-gerelateerd reactiepatroon dat duidelijk verband hield met de confrontatie met getraumatiseerde cliënten, hoewel het ook naar voren kwam in andere situaties met veel impact. De traumareacties hingen veeleer samen met traumatische situaties dan met therapeutgebonden factoren, hetgeen de traumaspecificiteit van deze reacties onderschrijft, en hen onderscheidt van tegenoverdracht (in de klassieke zin), waarbij de eigen conflicten van de therapeut een doorslaggevende rol spelen. Dit betekent echter niet dat een dergelijk traumaspecifiek reactiepatroon per definitie wijst op secundaire traumatisering van de therapeut. De term 'secundaire traumatische stress' benadrukt het verband tussen traumatische situaties en posttraumatische reacties. Een alternatieve benaming als 'confrontatie-schrik' (23) symboliseert de plotselinge emotionele impact en intensiteit van reacties op situaties die traumatisch zijn of anderszins een hoge impact

hebben, zonder dat dit wijst op een pathologisch proces bij de therapeut.

Het tweede onderzoek liet geen verschillen zien tussen gespecialiseerde traumatherapeuten en andere hoog gekwalificeerde psychotherapeuten. Dit wijst erop dat in ieder geval deze ervaren traumatherapeuten geen tekenen vertoonden van het doorwerken van traumaspecifieke, negatieve langetermijneffecten van hun werk, ook wel 'verplaatste traumatisering' genoemd, in hun reacties op cliënten. Deze uitkomst zou te maken kunnen hebben met de lange en buitengewone ervaring van deze specialisten. Zij lijken een zeker evenwicht te hebben gevonden in het omgaan met de impact van de traumatische ervaringen van cliënten. Dit zou voor jongere therapeuten echter anders kunnen zijn. Het verschil qua therapiestijl tussen de groep specialisten en de therapeuten van Centrum '45 doet vermoeden dat de stijl van een therapeut kan veranderen naarmate zijn ervaring toeneemt. Maar de actieve stijl van therapie zou ook een strategie kunnen zijn van therapeuten van Centrum '45 om met de hoge mate van blootstelling aan traumatische verhalen om te gaan. Het is echter ook mogelijk dat deze resultaten de invloed weergeven van onderliggende traumaspecifieke cognitieve veranderingen die duiden op verplaatste traumatisering, of op organisatiegebonden factoren.

Nader onderzoek zou daarom traumaspecialisten en psychotherapeuten in een reguliere psychotherapiepraktijk met een verschillende mate van ervaring moeten betreffen, en moeten na-

gaan wat hun reacties zijn op emotioneel neutrale, traumatische en andere situaties met veel impact. Het hier beschreven onderzoek spitste zich toe op de reacties van therapeuten op moeilijke klinische situaties, en met name op bepaalde gedragingen en emotionele reacties. Verder onderzoek zou ook moeten kijken naar de interactie tussen cognitief functioneren en reacties qua gedrag en emotie, en naar de invloed die de onderliggende emotionele toestand van de therapeut heeft op zijn reacties in situaties met cliënten. Ook is er meer onderzoek nodig naar de reactiepatronen zoals die nu geoperationaliseerd zijn in de TREQ (vragenlijst Reacties en Emoties van de Therapeut). Een factoranalyse van de items op de TREQ zou mogelijk een verfijning kunnen aanbrengen in de onderscheiden reacties op situaties met een hoge impact van algemene of van traumatische aard.

Uitgaande van de begrippen 'traumategenoverdracht', 'secundaire traumatisering' en 'verplaatste traumatisering', heeft onze research een breder terrein bestreken. Onze onderzoeken benadrukken hoe een empathische relatie met ernstig getraumatiseerde cliënten de therapeut vanzelfsprekend aangrijpt. Hoewel stressvol, dergelijke gebeurtenissen zijn ook een onvermijdelijk aspect van het beroep van psychotherapeut en kunnen ook een persoonlijk verrijkende ervaring voor de therapeut worden, zoals de meeste therapeuten ons ook vertelden. Maar een therapeut kan het niet alleen. Een professionele omgeving die steun biedt kan het verschil uitmaken tussen groei en burnout. Dit is een boodschap zowel aan het adres van de therapeuten zelf als aan de organisaties waarin zij werkzaam zijn.

Samenvatting

Toen voor het eerst zware emotionele stress werd vastgesteld bij traumatherapeuten die in een gespecialiseerd trauma-instituut werkzaam waren, was dat aanleiding voor drie empirische onderzoeken naar traumagerelateerde therapeutreacties. Doel van het onderzoek was om na te gaan welk verband er bestaat tussen hoge emotionele belasting en burnout, en om de traumaspecifieke processen te onderzoeken die onder 'secundaire traumatische stress', 'verplaatste traumatisering' en 'traumategenoverdracht' vallen.

De eerste, kwalitatief-kwantitatieve studie onderzocht hoe een groep gespecialiseerde traumatherapeuten (N=63) omging met traumatische ervaringen van cliënten. Dit leverde geen eenduidige uitkomst op voor wat betreft traumagerelateerde reacties.

Daarom werd er vervolgens een kwalitatief onderzoek onder gespecialiseerde psychotherapeuten (N=11) gedaan. Interviews met gespecialiseerde traumatherapeuten en andere gespecialiseerde therapeuten werden toegesneden op hun reacties bij confrontatie met traumatische ervaringen, en op de verschillen tussen de twee groepen specialisten. Uit de resultaten bleek een specifiek reactiepatroon met betrekking tot traumatische situaties; andere verschillen tussen traumaspecialisten en andere specialisten kwamen niet naar voren.

Om de traumaspecificiteit van dit reactiepatroon nader te onderzoeken werd onder psychologiestudenten (N=100) een derde onderzoek uitgevoerd, met een empirische opzet. De resultaten wijzen op het bestaan van een traumaspecifiek reactiepatroon, dat gekenschetst wordt door

schrik, angst en het gevoel door sterke emoties te worden meegesleept. Dat er een verband is tussen traumareacties en traumatische situaties wordt ook bevestigd door de resultaten van een vergelijking van reacties op traumatische situaties en op situaties waarin de interactie moeilijk verloopt, hoewel de bevindingen erop duiden dat andersoortige situaties met hoge emotionele impact ook traumareacties kunnen oproepen.

Ter afronding worden de resultaten besproken in het licht van de beperkingen van het onderzoek en er worden aanbevelingen gedaan voor verdere research. Onze bevindingen tot nu toe bevestigen dat blootstelling aan traumatische verhalen een hoge emotionele impact heeft, maar nuanceren de psychopathologische of andere negatieve lange-termijn veranderingen die worden opgeroepen door de termen 'secundaire' of 'verplaatste traumatisering'.

Dankbetuiging

In de eerste plaats willen we de therapeuten bedanken die met hun deelname tijd hebben willen steken in deze onderzoeken. Wij waren vaak geroerd door de zeer persoonlijke wijze waarop zij hun persoonlijke ervaringen en hun kwetsbaarheid tijdens de klinische werkzaamheden met ons deelden. Wij zijn hen hier zeer erkentelijk voor.

Centrum '45 heeft de onderzoeken ruimhartig gesteund, waarvoor wij onze dank betuigen.

Het derde onderzoek is enthousiast en efficiënt uitgevoerd door Greta Groen, Willie Burgman en Eva van Steenberg. Zij verzamelden de gegevens en deden de eerste analyses, waarvoor wij hen danken.

Dit artikel is een uitgebreide versie van een presentatie gehouden tijdens het IRCT congres dat plaatsvond in Berlijn, in december 2006. Oorspronkelijke titel: 'How therapists cope with clients' traumatic experiences'. In: *Torture* vol. 17 (2007), nr. 3, pp. 203-215

Vertaling Eli ten Lohuis

Literatuur

1. American Psychiatric Association, *Desk Reference to the Diagnostic Criteria form DSM-IV*. Washington: APA, 1994.
2. Kleber R.J. & D. Brom, *Coping with trauma. Theory, prevention and treatment*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992.
3. Figley, C.R., 'Compassion fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: an overview', in: C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 1995, pp. 1-20.
4. McCann L. & L.A. Pearlman, 'Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 3 (1990) 1, pp. 131-49.
5. Pearlman L.A. & K.W. Saakvitne, *Trauma and the therapist. Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton, 1995.
6. Wilson J.P. & J.D. Lindy, *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press, 1994.
7. Salston M.D. & C.R. Figley, 'Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization', in: *Journal of Traumatic Stress* vol. 16 (2003) 2, pp. 167-74.
8. Sabin-Farrell R. & G. Turpin, 'Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers?', in: *Clinical Psychology Review* vol. 23 (2003) 3, pp. 449-80.
9. Ridderbos A., *Rapportage risico inventarisatie Stichting Centrum '45 te Oegstgeest*, 1995. Niet gepubliceerd rapport.
10. Folkman S., R.S. Lazarus, C. Dunkel-Schetter, A. DeLongis & R.J. Gruen, 'Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes', in: *J Pers Soc Psychol* vol. 50 (1985) pp. 992-1003.
11. McLeod J., *Doing counselling research*. Londen: Sage, 2e dr. 2003.
12. Smith A.J.M., W.C. Kleijn & J.A. Stevens, 'De posttraumatische stress stoornis: bedrijfsrisico voor behandelaars? Een onderzoek naar werkstress bij traumatherapeuten', in: *T Psychiatrie* vol 43 (2001) 1, pp. 7-19.
13. Schaufeli W.B. & D. van Dierendonck, 'Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)', in: *Gedrag en Gezondheid* vol. 22 (1994) pp. 153-72.
14. Smith A.J.M., W.C. Kleijn & J.A. Stevens, "'...en wij proberen te luisteren...'" Reacties van therapeuten op traumatische ervaringen van hun patiënten', in: *T Psychotherapie* vol. 26 (2000) 5, pp. 289-307.
15. Schreuder J.N., M.V. Egmond, W.C. Kleijn & A.T. Visser, 'Daily reports of post-traumatic nightmares and anxiety dreams in Dutch war victims', in: *J of Anxiety Disorders* vol. 12 (1998) 12, pp. 511-24.
16. Janoff-Bulman R., 'Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct', in: *Social Cognition* vol. 7 (1989) pp. 113-36.
17. Bijl R., & F. Lemmens, *Aan het werk. Een verkennend onderzoek naar gezondheidsrisico's, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie van werknemers in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NcGv, 1993.
18. Fauth J., 'Toward more (and better) countertransference research', in: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* vol. 43 (2006) 1, pp. 16-31.
19. Smith A.J.M., W.C. Kleijn, G.J.M. Hutschemaekers, 'Therapist reactions in self-experienced difficult situations: an exploration', in: *Counselling and Psychotherapy Research* vol. 7 (2007) 1, pp. 34-41.
20. McCallum M. & W.E. Piper, 'The Psychological Mindedness Assessment Procedure', in: *Psychological Assessment* vol. 2 (1990) 4, pp. 412-8.
21. Hayes J.A., J.E. McCracken, M.K. McClanahan, C.E. Hill, J.S. Harp & P. Carozzoni, 'Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory', in: *Journal of Counseling Psychology* vol. 45 (1998) 4, pp. 468-82.
22. Smith A.J.M., W.C. Kleijn, G.J.M. Hutschemaekers & R.W. Trijsburg, *Therapist Reactions and Emotions questionnaire - TREQ. Psychometrics and construct validity - first results*, 2007. Congres van de SPR Europese Afdeling, Madeira, Society for Psychotherapy Research. Posterpresentatie.
23. Smith A., 'Onmacht en houvast ... posttraumatische stressstoornis en cliëntgerichte psychotherapie', in: *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie* vol. 36 (1998) 1, pp. 5-20.

DRS. ANNEMARIE J.M. SMITH is werkzaam bij Centrum '45
 DRS. WIM CHR. KLEIJN is werkzaam bij Centrum '45 en Leids
 Universitair Medisch Centrum, afd. Medische Psychologie
 DR. R. WIM TRIJSBURG † was werkzaam bij Universiteit van Amsterdam
 en Erasmus Universiteit Rotterdam
 PROF. DR. GIEL J.M. HUTSCHEMAEKERS is werkzaam bij Radboud
 Universiteit Nijmegen en GRIP, het wetenschappelijk onderzoeksinstituut
 van Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering