

UNIVERSITEIT TWENTE.

De hulpverlener in de GGZ

Een exploratie van de motivatie, het succes en de valkuilen bij de therapeut,
middels een systematisch onderzoek naar literatuur

Masterthese Positieve Psychologie en Technologie

Universiteit Twente, Enschede

Aantal credits: 10 ECTS

Datum: 13 maart 2017

Eerste begeleider: Dr. P. Meulenbeek

Tweede begeleider: Dr. P. ten Klooster

Samenvatting

Achtergrond: Het behandelen van psychische problemen kan erg zwaar zijn en veel stress veroorzaken. Naar patiënten met psychische problemen wordt veel onderzoek gedaan en over hen is veel bekend. Maar wat weten we eigenlijk over de behandelaar in de GGZ? Wat zijn de beweegredenen om het werk te gaan doen en te blijven doen? Welke factoren bepalen of iemand wel of niet succesvol is als therapeut? Wat zijn factoren die de kans op het ontwikkelen van burnout en compassion fatigue bij de behandelaar vergroten of juist verkleinen? Het doel van deze review is om deze vragen te beantwoorden, om zo een beeld te schetsen van de behandelaar in de GGZ.

Methode: Er is een systematische review naar literatuur uitgevoerd in het najaar van 2016. Peer-reviewed studies, gepubliceerd in het Engels na 2006, werden geïncludeerd. Verschillende zoektermen werden ingevoerd in de zoekmachines PsychInfo en Scopus. Initieel waren er 66 unieke studies gevonden, waarvan er 27 om verscheidene redenen werden geëxcludeerd. Er werden 39 studies opgenomen in deze review.

Resultaten: De geïncludeerde onderzoeken vonden plaats in een grote verscheidenheid aan landen. De meeste studies hadden een cross-sectioneel of longitudinaal onderzoeksdesign. De onderzoeken naar motivatie lieten zien dat veel psychologen en psychologiestudenten moeilijke ervaringen in de jeugd hadden meegemaakt en een helpende rol hadden aangenomen op vroege leeftijd. Werktevreidenheid van de therapeut leek samen te hangen met balans tussen werk en privé en controle op het werk. Relationele basisvaardigheden, een actieve, probleemoplossende copingstijl en een bepaalde mate van zelftwijfel en neuroticisme hingen samen met het succes van de behandelaar. Factoren die een rol leken te spelen bij het ontwikkelen van burnout en compassion fatigue waren een gebrek aan balans tussen het persoonlijke en professionele leven en een gebrek aan controle op het werk. Sociale steun en mindfulness kwamen naar voren als mogelijke beschermende factoren tegen deze problemen.

Discussie en conclusie: Voor het eerst is een breed beeld geschetst van de hulpverlener in de GGZ. In de geïncludeerde studies werden veel verschillende factoren besproken. Doordat veel factoren slechts in een enkel onderzoek naar voren komen, variabelen vaak op verschillende manieren zijn gemeten en het onderzoek in vele verschillende landen plaatsvond, kunnen de gevonden effecten niet zomaar worden gegeneraliseerd naar de gehele GGZ. Het is van belang in de toekomst meer gerandomiseerd onderzoek te doen, zodat stelligere uitspraken gedaan kunnen worden over factoren die van invloed zijn op de behandelaar in de GGZ.

Abstract

Background: Most research focuses on people with psychological problems. A lot is written about patients in mental health care. But what do we know about the therapist? What are his motives to do this work and to keep doing it? Which factors contribute to the success of the therapist? What factors increase or decrease the chance of developing burnout and compassion fatigue? By answering these questions, this research contributes to a better understanding of the clinician in mental health care.

Method: A systematic literature search was applied in the autumn of 2016. Peer-reviewed studies, published after 2006 in English, were included. Different search terms were used in the search engines PsychInfo en Scopus. Initially 66 unique studies were found, of which 27 were excluded for different reasons. 39 studies were included in this review.

Results: The included studies were conducted in different countries and the majority of studies had a cross-sectional or longitudinal design. Studies about therapist motivation showed that many psychologists and psychology students had tough experiences during their childhood and adopted a supporting role at an early age. Work satisfaction of the therapist appeared to be related to the extent in which they were able to manage their work-life balance and their perceptions of control at work. Relational basic skills, an active and problem solving copingstyle and a certain degree of self-doubt and neuroticism were related to treatment success. Factors that seemed to contribute to the development of burnout and compassion fatigue were a lack of balance between personal and professional life and a lack of control at the workplace. Social support and mindfulness were found as protective factors against these problems.

Discussion and conclusion: For the first time an extensive image of the clinician in mental health care is created. In the included studies a large amount of different factors were discussed. Many factors appear in only one study, the same variables were often operationalized in different ways and the studies took place in different countries. Therefore, effects found cannot be generalized to mental health care in its entirety. It is important that more randomized research will be conducted in the future, so that stronger statements can be made about the underlying factors influencing the clinician in mental health care.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Abstract.....	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Achtergrond.....	5
1.2 Theoretisch kader.....	5
1.2.1 Beweegredenen en motivatie van de behandelaar in de GGZ.....	5
1.2.2 Behandelsucces van de behandelaar in de GGZ.....	7
1.2.3 Psychische problemen en stress bij behandelaren in de GGZ.....	8
1.3 Onderzoeksvragen.....	11
2. Methode.....	12
2.1 Zoekstrategie.....	12
2.2 Procedure.....	13
2.3 Literatuurselectie.....	14
2.4 Data extractie.....	14
3. Resultaten.....	15
3.1 Zoekresultaten en kenmerken van de onderzoeken.....	15
3.2 Onderzoeksvraag 1.....	18
3.3 Onderzoeksvraag 2.....	23
3.4 Onderzoeksvraag 3.....	33
4. Discussie.....	42
4.1 Reflectie op de resultaten.....	42
4.2 Aanbevelingen.....	46
4.3 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek.....	48
4.4 Vervolgonderzoek.....	50
4.5 Conclusies.....	52
Referenties.....	53
Bijlage: Zoekopdrachten met aantal zoekresultaten per zoekstelsel.....	63

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Behandelaars in de GGZ zijn dagelijks uren bezig met het helpen van mensen met psychische problemen. Het behandelen van psychische problemen kan erg zwaar zijn en veel stress veroorzaken. Sherman en Thelen (1998) onderzochten werkfactoren die bijdragen aan stress bij psychologen. Werk met moeilijke cliënten (72%), te veel administratie (68%), onvoldoende tijd voor alle werkzaamheden (68%), beperkingen opgelegd door het management (67%) en onzekerheid over de beste interventie bij een cliënt (54%) zijn stressoren die door meer dan de helft van de respondenten werden benoemd. Daar komt nog eens bij dat er de laatste jaren veel veranderd is in de GGZ. De GGZ is overspoeld met nieuwe wet- en regelgeving, protocollen en richtlijnen, zowel vanuit de overheid als vanuit de eigen beroepsverenigingen (Palm, Leffers, van Egmond & Zeegers, 2008). De controle op de naleving van al deze veranderingen kost veel tijd waardoor professionals in de GGZ minder tijd hebben voor hun cliënten. Daardoor is het werk de laatste jaren inhoudelijk veel veranderd. De werkdruk van de psycholoog is hierdoor alleen maar verder toegenomen.

Desondanks kiezen veel mensen er nog steeds voor om psycholoog te worden. Over patiënten met psychische problemen is inmiddels veel bekend. Maar wat weten we over de behandelaar in de GGZ? Wat zijn de beweegredenen om dit werk te gaan doen en te blijven doen? Wat bepaalt of iemand wel of niet succesvol wordt als psycholoog? Welke psychologen ontwikkelen stress door het werk wat ze verrichten, of lopen zelfs vast door psychische problemen? Dit zijn vragen die in dit onderzoek aan bod komen.

1.2 Theoretisch kader

1.2.1 Beweegredenen en motivatie van de behandelaar in de GGZ

Zoals hierboven vermeld kan het werk als psycholoog veel stress veroorzaken. Desalniettemin kiezen zeer veel jonge mensen ervoor psychologie te gaan studeren. Met 3300 instromende bachelorstudenten was psychologie na rechtsgeleerdheid de meest gekozen universitaire studie in 2015-2016 (VSNU, 2016). Van deze studenten kiest een groot deel ervoor na hun bachelor een master te doen die hen voorbereidt op het werk als therapeut in de geestelijke gezondheidszorg. Veel van deze studenten kunnen na het behalen van hun masterdiploma geen werk vinden als basispsycholoog. Er zijn namelijk veel te veel studenten voor het aantal

startersfuncties (Schut, 2015). Aangezien werkervaring nodig is om aan de aanvullende GZ-opleiding te starten, kiezen veel van hen ervoor om dit op te doen middels een werkervaringsplek, waar ze niet of nauwelijks betaald krijgen. Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt is het van belang om te onderzoeken wat studenten ertoe drijft therapeut te willen worden. Ook is het van belang te onderzoeken wat de werktevredenheid van de therapeut bepaalt. Wat maakt de psycholoog tevreden, ondanks (of juist dankzij) de problemen van anderen waar hij dagelijks mee geconfronteerd wordt? Als van tevoren kan worden bepaald welke studenten waarschijnlijk weinig plezier zullen halen uit een carrière als therapeut, kan dit worden meegenomen tijdens het selectieproces van de opleiding.

In het verleden zijn al verschillende onderzoeken verschenen over de motivatie om therapeut te worden. DiCaccavo (2002) keek naar ervaringen in de jeugd van psychologiestudenten, en vergeleek deze met de ervaringen van academische kunststudenten. De psychologiestudenten bleken in hun jeugd minder zorg ontvangen te hebben gehad van hun ouders. Bovendien moesten ze vaker een volwassen rol op zich nemen. Ook Murphy en Halgin (1995) deden onderzoek naar de motivatie om als klinisch psycholoog te werken. Zij vergeleken klinisch psychologen met sociaal psychologen. De klinisch psychologen werden in hun carrièrekeuze meer beïnvloed door psychologische problemen in het gezin van herkomst en de wens om persoonlijke problemen op te lossen.

Uit onderzoeken naar de werktevredenheid van de therapeut blijkt het belang van balans tussen werk en vrije tijd. Onderzoek onder Australische psychologen (Burke, Oberklaid & Burgess, 2003) liet zien dat wanneer de werkgever de balans tussen werk en vrije tijd belangrijk acht, de behandelaars meer plezier hebben in hun werk en minder stress ervaren. Psychologen op deze plekken zijn meer tevreden met hun carrière en hebben in mindere mate de intentie om te stoppen met werken op hun huidige werkplek. Ook in onderzoek van Stevanovic en Rupert (2004) kwam de balans tussen werk en privé als belangrijk naar voren. Uit hun onderzoek bleek dat de psychologen die meer tijd doorbrengen met hun partner of familie, de psychologen die een balans behouden tussen hun persoonlijke en hun professionele leven en degenen die hun gevoel voor humor behouden meer tevreden zijn met hun werk.

Drijfveren om psycholoog te worden evenals factoren die werktevredenheid bepalen zullen in dit onderzoek nader worden onderzocht. Hiervoor zal recente literatuur geraadpleegd worden. De eerste vraag die centraal staat is: ‘Wat beweegt de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg om dit werk te gaan doen en te blijven doen?’

1.2.2 Behandelsucces van de behandelaar in de GGZ

Er zijn grote individuele variaties in de effectiviteit van psychologen. Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes (2011) onderzochten de effectiviteit van therapeuten bij de behandeling van verschillende stoornissen. In het onderzoek werd een onderscheid gemaakt tussen therapeuten die een betrouwbare positieve verandering bij de cliënt bewerkstelligden, therapeuten die geen significante verandering bewerkstelligden en therapeuten die een betrouwbare negatieve verandering veroorzaakten. Afhankelijk van het probleem viel 29-67% in de eerste groep, 30-59% in de tweede groep en 3-16% in de derde groep.

Uit onderzoek van Okiishi, Lambert, Eggett, Nielsen en Dayton (2006) kwam ook een groot verschil in behandelresultaat tussen therapeuten naar voren. Therapeuten werden in het onderzoek geclusterd aan de hand van de effecten die ze bewerkstelligden bij cliënten. Door de meest effectieve therapeuten herstelde 22,4% van de cliënten, werd er bij 21,5% klinisch significante verandering bereikt en verslechterde 5,2% van de patiënten. Bij de minst effectieve therapeuten herstelde 10,6%, werd er bij 17,4% klinisch significante verandering bereikt en verslechterde 10,6%. Uit onderzoek bleek dat de therapeut slechts beperkt invloed heeft op het behandelresultaat, slechts 3% van de variatie in het uiteindelijke behandelresultaat hing samen met de behandelende therapeut (Dinger, Strack, Leichsenring, Wilmers & Schauenburg, 2008). De therapeut heeft veel meer invloed op de sterkte van de therapeutische alliantie, 33% van de variatie hierin hing samen met de behandelaar. De therapeutische alliantie en het bereikte behandelresultaat staan niet los van elkaar. Uit verschillende onderzoeken (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000) blijkt namelijk dat een positieve therapeutische relatie gelinkt is aan betere klinische behandeluitkomsten en vooruitgang.

Wat maakt dan dat de ene therapeut veel symptoomreductie bij zijn patiënten weet te bereiken, terwijl de ander daar in mindere mate in slaagt? In welk opzicht verschillen deze therapeuten van elkaar? En wat maakt dat de een er wel in slaagt een goede behandelrelatie op te bouwen met zijn patiënt, terwijl de ander hier regelmatig in vastloopt? Beantwoording van deze vragen kan inzichtelijk maken wat een therapeut succesvol maakt. De opleiding tot therapeut kan mogelijk aangepast worden aan deze factoren zodat studenten optimaal worden voorbereid voor het werkveld. Tevens kan antwoord op deze vragen gebruikt worden voor personeelsbeleid van GGZ-instellingen. Zo kunnen zij psychologen aannemen waarvan verwacht kan worden dat deze het best zullen presteren. Dit alles draagt bij aan een zo goed mogelijke behandeling voor patiënten. Mogelijk kan dit ook wachtlijsten in de GGZ korter maken. Immers, wanneer de behandelaar meer symptoomreductie bereikt kunnen de patiënten

sneller herstellen. Dit is hard nodig, aangezien de wachtlijsten in Nederland, zowel voor het eerste gesprek als de behandeling, oplopen (NOS, 2016).

Beutler, Machado en Allstetter Neufeldt presenteerden in 1994 een overzicht van factoren die een rol spelen in het behandelresultaat van de therapeut. Objectieve therapeutkenmerken zoals leeftijd, sekse en ras bleken weinig voorspellende waarde te hebben voor de loop van de behandeling. Subjectieve kenmerken hadden dat wel. Zo bleken psychisch gezonde psychotherapeuten effectiever te zijn dan therapeuten die zelf psychische problemen ervaarden. Therapeuten met problemen bleken soms zelfs verantwoordelijk voor negatieve effecten. Empathie, warmte en oprechtheid bleken bevorderlijk voor een goed therapieresultaat. De kans op een gunstig therapie-effect bleek verder groter te zijn wanneer de therapeut als deskundig, aantrekkelijk en betrouwbaar werd beoordeeld. In een overzichtshoofdstuk van therapeuteffecten tien jaar later (Beutler et al., 2004) formuleerden de onderzoekers een andere conclusie. Ze gaven aan dat er geen reden is aan te nemen dat er therapeutvariabelen zijn die een merkbaar significant effect hebben op de behandeluitkomst. Ze benadrukten dat er recent te weinig studies zijn gepubliceerd om duidelijke conclusies te formuleren over therapeuteffecten. Na 2004 zijn er verscheidene onderzoeken verschenen naar de behandeluitkomst, waaronder één literatuuronderzoek. Degnan, Seymour-Hyde, Harris en Berry (2016) onderzochten de rol van hechting van de therapeut. Verschillende studies in deze review tonen aan dat veilig gehechte therapeuten sterkere banden vormen met de cliënten die ze behandelen en positievere behandelresultaten bereiken.

In het huidige onderzoek zal systematisch worden gezocht naar meer recente literatuur over het behandelings succes van de therapeut, waarbij de vraag ‘welke factoren dragen bij aan het behandelings succes van een behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg?’ centraal staat. Hierbij wordt, vanwege de sterke link tussen behandelings effect en de therapeutische relatie (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000), behandelings succes zowel gedefinieerd als vermindering van symptomen van de patiënt als het opbouwen van een goede therapeutische relatie.

1.2.3 Psychische problemen en stress bij behandelaren in de GGZ

Psychologen vormen door het werk wat ze verrichten een risicogroep voor het ontwikkelen van mentale problemen zoals burnout (Lim, Kim, Kim, Yang & Lee, 2010). Bij het onderzoek van Cushway en Tyler (1994) werd aan klinisch psychologen gevraagd in welke mate ze denken gestrest te zijn geweest als gevolg van hun werk. Drie kwart van hen gaf aan matig (55%) tot ernstig (20%) gestrest te zijn geweest.

Veel werknemers in de geestelijke gezondheidszorg krijgen dan ook last van psychische klachten. De British Psychological Society deed in 2015 een vragenlijstonderzoek naar het welzijn van psychologen (The British Psychological Society, 2016). 46% van de 1300 respondenten gaf aan depressief te zijn. 49,5% had het gevoel een mislukking te zijn. Een kwart van de respondenten gaf aan een langdurig, chronisch probleem te hebben. 70% vond hun beroep stressvol. Deze cijfers lagen hoger dan bij het verrichte onderzoek in 2014. Er werd een beeld geschetst van burnout, lage moraal en zorgwekkende niveaus van stress en depressie.

Een grootschalig onderzoek naar psychische problemen bij hulpverleners heeft in Nederland nog niet plaatsgevonden. Ook hier verschijnen echter alarmerende berichten over de veranderende werkomstandigheden binnen de geestelijke gezondheidszorg. Op de website van de Nederlandse Vereniging voor de Gezondheidszorgpsychologie verscheen in 2015 een bericht over de toenemende werkdruk en hoger ziekteverzuim in de GGZ (NVGzP, 2015). Een enquête onder HR-medewerkers van zorginstellingen over de werkdruk binnen de organisatie liet zien dat veel respondenten binnen de GGZ problemen met werkdruk ervaren (Evers, Jettinghoff, & Wilschut, 2014). 66,3% van de respondenten gaf aan dat er het afgelopen jaar problemen zijn geweest met de werkdruk. 68,8% gaf aan dat de werkdruk het afgelopen jaar is toegenomen. 75% van degenen die problemen met werkdruk ervaren gaven aan dat deze problemen leiden tot klachten onder het personeel. Andere gerapporteerde gevolgen zijn overwerk (73,2%), hoger ziekteverzuim (52,8%), conflicten/spanningen onder werknemers (49,1%) en een lagere kwaliteit van zorg (39,6%).

Stress op het werk is een groot probleem voor zowel de persoon zelf als voor de organisatie. Stress kan slechte gezondheid, verhoogde absentie op het werk, verlaagde moraal en verminderde efficiëntie en prestaties veroorzaken (Sutherland & Cooper, 1990). Wanneer werkstressoren chronisch en langdurig aanwezig zijn kunnen zij leiden tot burnout (Schaufeli & Buunk, 2003). Burnout is een langdurige, negatieve, werk-gerelateerde mentaliteit gekarakteriseerd door uitputting, stress, een gevoel van verminderde effectiviteit, verminderde motivatie en de ontwikkeling van disfunctionele attitudes en gedragingen op het werk. Maslach en Leiter (1997) formuleerden een model over het ontwikkelen van burnout, waarbij gefocust werd op de match of mismatch tussen de persoon en zes domeinen van zijn of haar werkomgeving: workload, controle, beloning, gemeenschap, eerlijkheid en waarden. Hoe groter de mismatch tussen persoon en werk, hoe groter de kans op burnout. Hoe groter de match, hoe groter de betrokkenheid bij het werk. Burnout leidt vaak tot (langdurige) absentie van het werk.

Een ander probleem dat optreedt bij hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg is ‘compassion fatigue’. Dit is een staat van spanning waar het individu symptomen ervaart vergelijkbaar met posttraumatische stressstoornis (PTSS), door blootstelling aan traumatisch materiaal gepresenteerd door een patiënt (O’Brien & Haaga, 2015). Waar burnout zich ontwikkelt door langdurige blootstelling aan frustratie en stress op het werk, kan ‘compassion fatigue’ al optreden na een enkele ervaring met traumatisch materiaal. Deze psychische problemen zijn niet alleen stressvol voor psychologen, maar kunnen ook leiden tot verslechtering van het geleverde werk en minder goede zorg voor de patiënten (Smith & Moss, 2009).

Door de risico’s die het werk als psycholoog met zich meebrengen en de gevolgen die psychische problemen van een therapeut kunnen hebben op het werk dat hij verricht is het van belang te onderzoeken welke factoren een rol spelen bij het ontstaan van burnout en andere psychische problemen bij hulpverleners. Er zijn de laatste jaren enkele reviews verschenen over dit onderwerp. Rupert, Miller en Dorociak (2015) onderzochten welke persoonlijke hulpbronnen het risico op burnout verminderen. Persoonlijke hulpbronnen die in dit onderzoek naar voren kwamen zijn cognitieve copingvaardigheden, zelfzorg, leeftijd, de balans tussen werk en vrije tijd en sociale steun. Hannigan, Edwards en Burnard (2004) richtten zich met hun systematische review eveneens op de factoren die bijdragen aan stress en burnout. Hierbij keken ze naar copingstrategieën van psychologen en naar de interventies die door psychologen gebruikt werden om te kunnen omgaan met stress. Ze kwamen tot de conclusie dat actieve copingstrategieën zoals het praten met collega’s, sporten of praten met de partner de beste manieren zijn om met stress om te gaan. Ook Stevanovic & Rupert (2004) benadrukten de positieve effecten van actieve copingstrategieën. Uit hun onderzoek bleek dat er meer werktevredenheid was wanneer deelnemers meer tijd doorbrachten met hun partner of familie, een goede persoonlijke/professionele balans en een gevoel voor humor hadden.

De laatste vraag die in het onderzoek aan bod zal komen is of er factoren zijn die de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij de hulpverlener vergroten. Beantwoording van deze vraag is niet alleen belangrijk voor de behandelaar (zo kan hij hierop inspelen) maar ook voor de organisatie (wie selecteert de werkgever om dit werk te doen en hoe creëert hij een werkplek waar de hulpverleners niet vastlopen) en de patiënten (therapeuten die vastlopen door burnout en compassion fatigue zullen geen optimale zorg meer bieden).

1.3 Onderzoeksvragen

Eerder onderzoek naar de therapeut richt zich met name op de risico's op psychische problemen, hier zijn verschillende reviews over verschenen. Echter, naar de factoren die een psycholoog juist een succesvol behandelaar maken en naar de motivatie van de psycholoog om dit werk te gaan doen is nog niet veel onderzoek gedaan. In deze review zullen deze drie onderwerpen gezamenlijk onderzocht worden. Zo wordt een totaalbeeld geschetst van de optimale identiteit en de valkuilen van hulpverleners in de GGZ. Door middel van een pragmatisch systematisch onderzoek zal gezocht worden naar recente beschikbare literatuur om de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Wat beweegt de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg om dit werk te gaan doen en te blijven doen?
2. Welke factoren dragen bij aan het behandel succes van een behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg?
3. Wat zijn factoren die de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg voorspellen?

2. Methode

Verschillende databases werden gebruikt om wetenschappelijke artikelen te vinden over bovengenoemde onderwerpen. De literatuur werd op een systematische manier doorzocht, gebruikmakend van gevestigde onderzoeksmethoden (Cuijpers, 2016).

2.1 Zoekstrategie

Er werd systematisch gezocht naar gepubliceerde studies die betrekking hebben op behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg en hun motivatie, de factoren die bijdragen aan behandel succes en de factoren die hen wel of juist niet kwetsbaar maken voor stress en psychische problemen. In 2004 verscheen een systematische review naar stress en stress management bij psychologen (Hannigan, Edwards & Burnard, 2004). Studies die in dit onderzoek werden geïncludeerd zullen in het huidige onderzoek niet meer terug komen. De huidige studie geldt daarmee als update van de literatuur. Er is vanwege het veranderende karakter van het werk binnen de geestelijke gezondheidszorg voor gekozen om alleen studies te includeren vanaf 2006.

Voor de zoektocht naar geschikte artikelen werden de databases PsychInfo en Scopus gebruikt. In eerste instantie werd ook gezocht in ScienceDirect. Omdat bij doorzoeking enkel artikelen werden gevonden die ook in de andere databases voorkwamen is deze database vervolgens buiten beschouwing gelaten. De zoektocht vond plaats in het najaar van 2016. Aangezien het onderzoek gaat over de behandelaar in de GGZ kwam deze in elk van de zoekacties terug. Hiervoor werden verschillende woorden gebruikt, namelijk ‘psychologist’, ‘therapist’ en ‘psychotherapist’. Deze term werd gecombineerd met termen behorende bij de specifieke onderzoeksvraag. Bij de vragen twee en drie werden de termen ‘characteristics’ en ‘personality’ toegevoegd omdat hierdoor de zoekactie meer wordt toegespitst op de eigenschappen van de therapeut. Voor het onderzoek naar succes van de psycholoog (vraag 2) werd zowel ‘treatment effect’ als ‘therapeutic alliance’ meegenomen als zoekterm. Hiervoor is gekozen omdat de therapeutische relatie een voorspellende waarde heeft voor het behandel succes (De Bolle, Johnson & de Fruyt, 2010). Bij de vraag naar psychische problemen (vraag 3) werd gezocht naar ‘stress’, ‘burnout’ en ‘compassion fatigue’. Hiervoor is gekozen omdat deze problemen vaak in directe relatie staan tot het werk dat de persoon verricht. Tot slot zijn ‘risk factors’, ‘resilience’ en ‘coping’ toegevoegd aan deze zoekactie om het meer te specificeren naar factoren die bijdragen aan psychische problemen of juist de kans

op problemen verminderen. In tabel 1 zijn de gebruikte zoektermen voor de verschillende onderzoeksvragen benoemd.

Tabel 1: *Gebruikte zoektermen*

Generale termen	Vraag 1	Vraag 2	Vraag 3
Psychologist	Work motivation	Characteristics	Characteristics
Therapist	Career motivation	Personality	Personality
Psychotherapist	Career choice	Therapeutic alliance	Stress
	Job satisfaction	Treatment effect	Burnout
	Work satisfaction	Self-efficacy	Compassion fatigue
			Risk factors Resilience Coping

2.2 Procedure

Een combinatie van zoektermen werd ingevuld in de zoekmachine van een van de databases. Na het uitvoeren van de zoekactie werden de titels gescand. De titels die mogelijk verband hielden met de onderzoeksvraag werden aangeklikt. Van deze studies werd de abstract doorgelezen. Aan de hand van de in- en exclusiecriteria werd bepaald welke artikelen mogelijk geschikt waren voor inclusie. De artikelen die door deze selectie kwamen werden opgeslagen. Indien het volledige artikel niet beschikbaar was werd deze geëxcludeerd (zie figuur 2). Overige studies die in een eerder stadium van het onderzoeksproces gevonden waren en studies die in andere systematische reviews werden gebruikt, werden alsnog toegevoegd.

Na verwijdering van de duplicaten werden de overgebleven artikelen één voor één grondig doorgenomen. De studies die niet voldeden aan de in- en exclusiecriteria werden alsnog verwijderd. Van de overige studies werd de belangrijkste informatie verzameld en systematisch verwerkt in tabellen (zie tabel 2 t/m 4).

2.3 Literatuurselectie

De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd bij de selectie van artikelen:

1. Het artikel richt zich op de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg, waarmee bedoeld wordt iemand die een vorm van therapie toepast
2. Het betreft een Engelstalig artikel
3. Het artikel is gepubliceerd na 2006
4. Het betreft een peer-reviewed onderzoeksartikel
5. Het betreft geen systematische review

De volgende exclusiecriteria werden gehanteerd:

1. Het artikel gaat niet over hulpverleners werkende in de geestelijke gezondheidszorg
2. Het artikel gaat niet over factoren behorende bij de therapeut
3. Het artikel richt zich op een populatie therapeuten die in een zeer specifieke setting werkt
4. Het artikel gaat in het geval van vraag 3 over andere psychische problemen van de hulpverlener dan burnout of 'compassion fatigue' of niet over psychische problemen

2.4 Data extractie

Na het selecteren van de geschikte artikelen werden deze gelezen en werden een aantal gegevens verzameld. De volgende informatie werd verzameld over elk artikel:

- a) Identificatie: naam van de auteurs, jaar van publicatie
- b) Het onderzoeksdesign
- c) Beschrijving van de studie en populatie
- d) Belangrijkste resultaten

De bovenstaande informatie staat per vraag vermeld in de tabellen 2 tot en met 4.

3. Resultaten

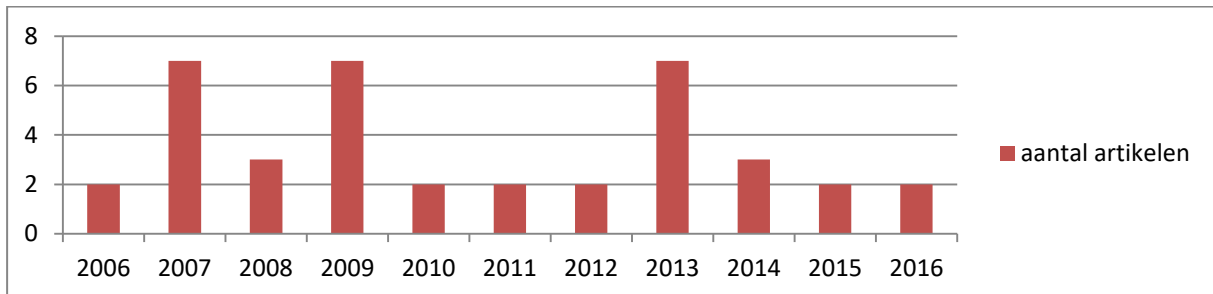
3.1 Zoekresultaten en kenmerken van de onderzoeken

Gebruik makend van de combinaties van de hierboven genoemde zoektermen, werd een totaal van 66 studies gevonden. Het aantal gevonden abstracts door middel van de verschillende zoeksystemen staat aangegeven in een flowchart (figuur 2, p. 17). De artikelen gevonden vanuit andere bronnen kwamen vooral uit eerder uitgevoerde systematische reviews en vanuit bronvermeldingen van andere onderzoeken.

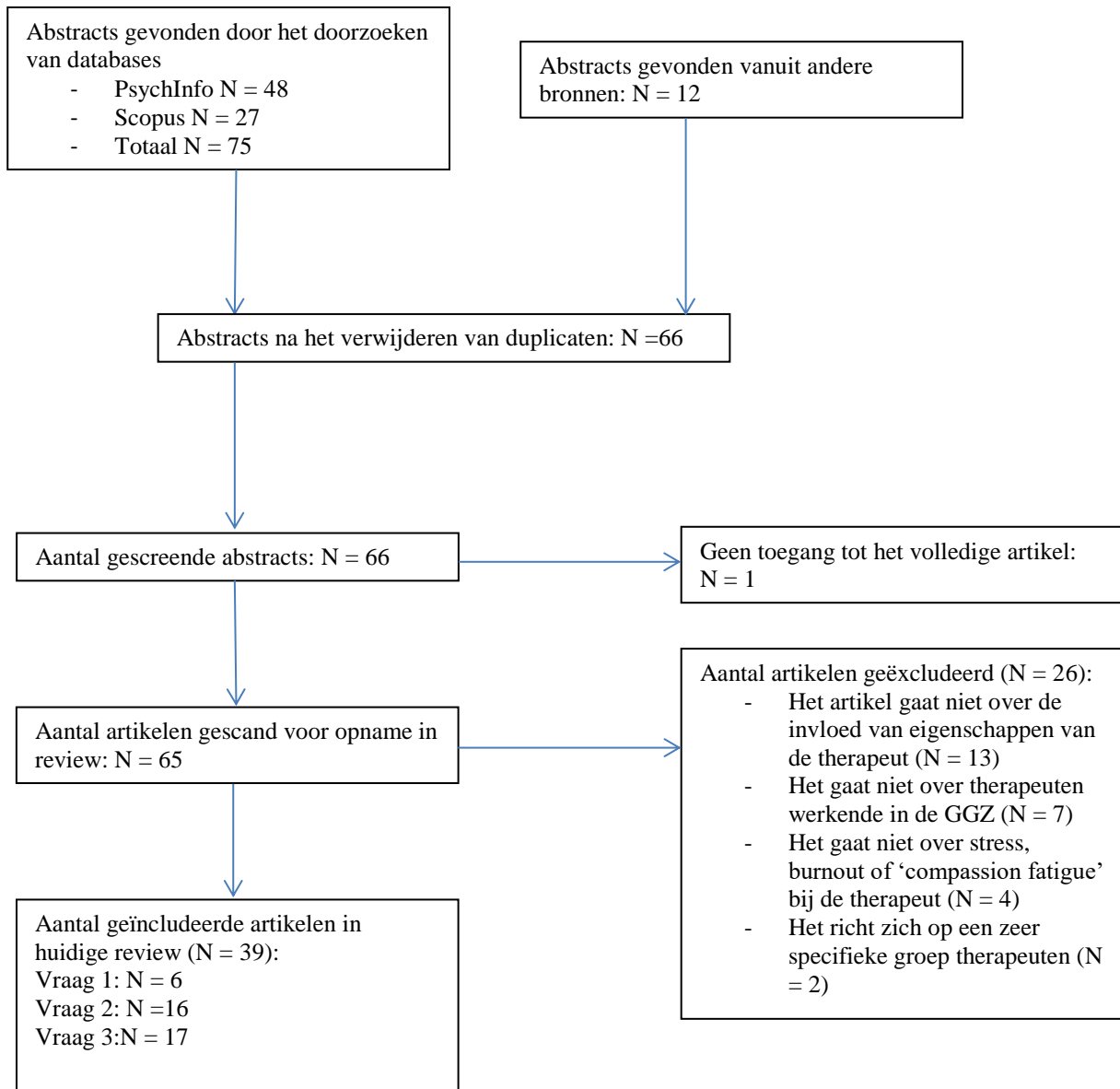
Eén van de artikelen werd geëxcludeerd omdat de volledige tekst niet beschikbaar was. Na nadere bestudering bleken 26 studies om diverse redenen niet geschikt voor de huidige review. Dertien onderzoeken bleken niet over de eigenschappen van de therapeut te gaan, zeven artikelen gingen niet over hulpverleners in de GGZ en vier onderzoeken richtten zich in het geval van vraag 3 niet op burnout of ‘compassion fatigue’ bij psychologen. Eén van deze studies ging over factoren samenhangend met welzijn, één studie ging over posttraumatische groei, één studie ging over positieve en negatieve ervaring van werk en één studie bleek te gaan over angst & depressie bij de therapeut. Verder werden twee onderzoeken uitgesloten omdat ze specifiek gingen over therapeuten die autistische kinderen één op één begeleidden. Deze setting kon niet worden vergeleken met die in de overige onderzoeken. In totaal bleven er 39 studies over: zes studies behorende bij onderzoeksvraag 1, zestien voor onderzoeksvraag 2 en zeventien voor onderzoeksvraag 3. Er werden verschillende onderzoeksdesigns gebruikt in de onderzoeken. Vijf van de onderzoeken waren descriptief van aard. Hierbij werd de onderzoekspopulatie beschreven aan de hand van interviews. Bij de overige 33 studies werden verbanden tussen verschillende variabelen onderzocht. Het betrof hier in 32 van de gevallen correlatieel onderzoek, waarbij de variabelen in 21 van de gevallen op hetzelfde moment gemeten werden en in 11 gevallen op verschillende momenten gemeten werden. In één van de onderzoeken was er sprake van een mixed design, waar zowel interviews werden afgenomen (descriptief) als vragenlijsten werden verspreid (cross-sectioneel). Eén van de onderzoeken was een randomized clinical trial. Hier werden patiënten at random toegewezen aan een therapeut met goede interpersoonlijke vaardigheden of een therapeut met slechte interpersoonlijke vaardigheden.

Achttien van de studies werden uitgevoerd in de Verenigde staten, dertien in Europa, zes van de studies werden uitgevoerd in het continent Oceanië en twee in Azië. Er was sprake van verschillende studiepopulaties. In 30 van de 39 studies bestond de populatie (voor een

groot deel) uit psychologen, in vier van de studies werden studenten psychologie onderzocht of vergeleken met andere studenten, in drie van de studies werden psychologie trainees onderzocht. In twee van de studies werden buiten psychologen ook andere hulpverleners geïnccludeerd. In de meeste studies met psychologen behandelden ze een breed scala aan problematiek. In vier van de studies werden psychologen onderzocht werkende met trauma patiënten, bij twee van de studies ging het over psychologen die werken in een instelling met opgenomen patiënten en één van de studies ging specifiek over psychologen die werken met slachtoffers van seksueel geweld. Het aantal gebruikte artikelen per jaartal van publicatie staat weergegeven in figuur 1. Gegevens van de verschillende studies staan per onderzoeksvraag vermeld in tabel 2 tot en met 4.



Figuur 1. *Aantal gepubliceerde artikelen per jaartal*



Figuur 2. *flowchart van het zoekproces*

3.2 Wat beweegt de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg om dit werk te gaan doen en te blijven doen?

Voor beantwoording van de eerste onderzoeksvraag waren zes studies geïncludeerd. In vier van de studies stond de vraag centraal wat de motivatie van de behandelaar is om therapeut te worden. In twee studies werd onderzocht welke factoren bijdragen aan het blijven doen van het werk als psycholoog. Tabel 2 (p. 21-22) geeft een overzicht van de geïncludeerde studies en de resultaten van deze studies.

Ervaringen in de jeugd

In het onderzoek van Nikčević, Kramolisova-Advani & Spada (2007) werden vragenlijsten afgenomen bij psychologie studenten die wilden werken in het klinische domein, psychologie studenten zonder klinische aspiraties en bedrijfskunde studenten. De vragenlijsten hadden betrekking op herinneringen aan verwaarlozing en mishandeling in de kindertijd en adolescentie en het aannemen van een ouderrol en verantwoordelijkheden in de familie tijdens de kindertijd en adolescentie. Onder psychologiestudenten met klinische aspiraties werd een hogere prevalentie van seksueel misbruik in de kindertijd en een negatieve thuissfeer gevonden dan bij de andere studentengroepen. Ook werd gevonden dat ze vaker een ouderrol moesten aannemen tussen hun 14^{de} en 16^{de} levensjaar. De studenten met klinische aspiraties bleken niet hoger te scoren op een vragenlijst die symptomen van angst en depressie meet.

Uit het onderzoek van Huynh en Rhodes (2011) bleek dat vroege ervaringen van belang zijn voor de carrièrekeuze van psychologen. Voor dit onderzoek werden 15 bachelorstudenten psychologie geïnterviewd. Een groot aantal studenten beschreef de ervaring van bedroevende gebeurtenissen in de kindertijd, adolescentie of vroege volwassenheid als een belangrijke invloed op de carrièrekeuze. Deze gebeurtenissen waren zeer verschillend in aard en ernst: een ruzie met een hechte vriend, gebrek aan zelfvertrouwen tijdens de adolescentie, suïcide van een ouder of broer/zus, immigratie, uit de kast komen als homoseksueel, de dood van een vriend van de familie en verwaarlozing en mishandeling in de kindertijd waren gebeurtenissen die benoemd werden door de studenten. Door deze ervaringen, ontwikkelden ze compassie en een sterke drang om anderen te helpen. Ook gaven meerdere studenten aan geïnspireerd te zijn nadat ze zelf geholpen waren door hulpverleners, of juist slechte ervaringen hadden meegemaakt met hulpverleners. Andere thema's die naar voren kwamen waren 'jezelf beter leren kennen', 'positieve ervaringen met het helpen van anderen', 'de invloed van rolmodellen' en 'carrièreadvies'.

In het onderzoek van Barnett (2007) werden psychoanalytische en psychodynamische therapeuten geïnterviewd over hun persoonlijke en professionele verleden om te achterhalen wat onbewust de keuze om psycholoog te worden heeft kunnen bepalen. Alle therapeuten refereerden naar een vorm van verlies voor hun twintigste. In slechts één geval ging het om verlies door overlijden. Het verlies of de afwezigheid van vaders, door verschillende redenen, wat leidde tot het verlies of de emotionele afwezigheid van moeder, werd vaak benoemd. Twee therapeuten zaten in hun jeugd op een internaat, twee anderen leefden buiten huis tijdens hun schooltijd. Elk van de geïnterviewden had een periode van eenzaamheid ervaren tijdens de kindertijd. Ze voelden zich op verschillende manieren anders dan hun leeftijdsgenoten. Het thema van niet verwezenlijkte afhankelijkheidsbehoeften en resulterende problemen met alleen zijn kwam terug bij zeven van de negen interviews. Ook bleken veel van de therapeuten op jonge leeftijd een zorgende rol op zich genomen te hebben. De twee therapeuten op internaat hadden een zorgrol binnen hun groep leeftijdsgenoten. Een aantal van de therapeuten moest zorg dragen voor hun fragiele, depressieve moeder. De meeste deelnemers waren zowel in hun jeugd als nu (in de volwassenheid) introverte, solitaire types.

In de studie van Hill et al. (2013) werden tien vrouwelijke psychologie studenten geïnterviewd over hun wens om therapeut te worden. Tevens schreven ze elk een zelfreflectie paper. Ervaringen waarbij ze iemand anders hielpen waren van sterke invloed op deze studenten. Alle participanten hadden helpervaringen richting familie en vrienden en door vrijwillige bijdragen, vergelijkbaar met het werk als therapeut. Ze voelden zich goed over hun betrokkenheid en genoten van de ervaringen omdat ze zich gewild voelden en het belonend was om anderen te helpen. Alle studenten hadden zowel een motivatie georiënteerd op de ander (ze wilden anderen helpen die dezelfde pijnlijke ervaringen hebben waar ze zelf doorheen zijn gegaan en bijdragen aan een betere samenleving) als georiënteerd op henzelf (om zichzelf te helpen of beter te maken, of omdat ze therapeut zijn zien als een leuke, bevredigende carrière).

Balans werk/vrije tijd

In beide onderzoeken naar de motivatie om het werk als therapeut te blijven doen kwam balans tussen werk en vrije tijd naar voren als belangrijke factor. In het onderzoek van Rupert, Miller, Hartman en Bryant (2012) werd data gebruikt van een nationale enquête onder 595 psychologen. Een groep met een hoge werktevredenheid werd vergeleken met een groep met een matige werktevredenheid. Balans tussen werk en vrije tijd, controle op het werk en

reflectie op bevredigende ervaringen bleken belangrijke predictoren te zijn voor werktevredenheid.

In het onderzoek van Miller (2007) werden 13 ervaren psychotherapeuten geïnterviewd die aangaven het werk gevonden te hebben dat het beste bij hen past. Met het interview werd geprobeerd te achterhalen wat karakteristieken zijn van gepassioneerde psychotherapeuten. Balans tussen werk en vrije tijd kwam ook hier naar voren als belangrijk thema. Overige thema's die benoemd werden door elk van de therapeuten waren aanpassingsbereidheid, openheid, transcendentie (het geloof dat het werk van groot belang is), intentioneel leren, een persoonlijke band met de rol en passie-ondersteunende overtuigingen (werken vanuit een oriëntatie gebaseerd op sterkte).

Tabel 2: *Gebruikte artikelen voor onderzoeksvraag 1 naar de motivatie van de behandelaar*

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Barnett	2007	VS	Descriptief	Door middel van interviews werd achterhaald wat ervaren psychodynamische of psychoanalytische therapeuten onbewust dreef om therapeut te worden	9	Elke therapeut had op een bepaalde manier een verlieservaring meegemaakt voor zijn 20ste waardoor hij wat tekortkwam in zijn jeugd. In bijna ieder interview kwam een narcistische drang die niet vervuld werd in de jeugd naar voren.
Hill, Lystrup, Kline, Gebru, Birchler, Palmer, Robinson, Um, Griffin, Lipsky, Knox & Pinto-Coelho	2013	VS	Descriptief	Vrouwelijke psychologiestudenten die overwogen therapie te gaan geven als carrière werden hierover geïnterviewd en ze schreven zelf-reflectie papers	10	Ze gaven allen aan een passie te hebben voor het helpen van anderen, geloofden in het belang van iets terugdoen, en had eerdere ervaring met het helpen van anderen. Ze hadden zowel zelf-georiënteerde als ander-georiënteerde motivaties om therapeut te willen worden
Huynh & Rhodes	2011	Australië	Descriptief	De connectie tussen moeilijke gebeurtenissen en carriërekeuze van psychologiestudenten werd bepaald middels analyse van interviews	15	Veel moeilijke gebeurtenissen in de kindertijd en adolescentie en vroege volwassenheid waren direct gerelateerd aan de carriërekeuze.
Miller	2007	VS	Descriptief	Gepassioneerde psychotherapeuten werden geïnterviewd over hun karakter en hun motivatie om in dit werk actief te zijn	15	Balans tussen werk en vrije tijd, flexibiliteit en openheid, transcendentie, intentioneel leren, passen in de rol, en passie-ondersteunende overtuigingen kwamen naar voren als belangrijke thema's

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Nikčević, Kramolisova-Advani & Spada	2007	Engeland	Cross-sectioneel	Door middel van vragenlijsten werd gekeken in hoeverre psychologie-studenten in het klinische domein verschilden van andere psychologiestudenten en business studenten op het gebied van ervaringen in de kindertijd en het psychologisch functioneren	166 studenten	Psychologiestudenten in het klinische domein rapporteerden meer seksueel misbruik en verwaarlozing. Ze hadden meer ervaringen van parentificatie tussen hun 14de en 16de
Rupert, Miller, Hartman & Bryant	2012	VS	Cross-sectioneel	Er werd met behulp van vragenlijsten onderzocht welke factoren bijdragen aan tevredenheid met de carrière bij werkzame psychologen	231	Balans tussen werk en vrije tijd, controle op het werk en reflectie op positieve werkervaringen kwamen naar voren als belangrijke predictors voor werktevredenheid

3.3 Welke factoren dragen bij aan het behandel succes van een behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg?

Voor beantwoording van de tweede vraag werden in totaal 16 studies geïncludeerd. Hierbij werd niet alleen gekeken naar het behandel effect op het gebied van vermindering van symptomen, maar ook naar het effect op werkalliantie. Uit verschillend onderzoek bleek namelijk dat een positieve therapeutische relatie gelinkt is aan betere klinische behandeluitkomsten en vooruitgang (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000). Vier van de studies richtten zich op factoren samenhangend met het behandel effect, zeven studies richtten zich op factoren samenhangende met (de ontwikkeling van) de behandelrelatie, vijf van de studies richtten zich zowel op het behandel effect als de relatie. Tabel 3 (p. 29-32) geeft een overzicht van de geïncludeerde studies en de resultaten van deze studies.

Vaardigheden van de behandelaar

Coping

Door Briggs en Munley (2008) werden relaties onderzocht tussen stress van de therapeut, copingstijlen, carrière onderhoudende gedragingen en de behandelrelatie van de therapeut met de cliënt. Carrière onderhoudende gedragingen waren positief gecorreleerd met de werkalliantie. De therapeuten die meer gedrag vertonen om hun werk meer plezierig te maken zoals educatie seminars, persoonlijke therapie en het bespreken van casussen met collega's hadden minder stress in hun werk en betere allianties met hun cliënten. Een actieve copingstijl (het gebruik van planning, acceptatie, probleemoplossing, positieve herinterpretatie) bleek een positieve predictor te zijn voor het ontwikkelen van een goede werkrelatie met de cliënt, terwijl een vermijdende copingstijl niet in negatieve zin samenhang met de werkalliantie.

Ook Nissen-Lie en collega's (2015) vonden een positief effect van een actieve copingstijl. Wanneer de therapeut een klinisch probleem actief aanpakte, door direct controle te nemen, hulp te zoeken en het probleem proberen op te lossen met de cliënt, verminderden de symptomen van de cliënt sterker dan wanneer de therapeut dit niet deed. Het hanteren van een vermijdende copingstijl, waarbij de therapeut zich terugtrok uit de relaties of zijn frustraties botvierde in de therapeutische relatie, had een negatieve correlatie met verandering bij de patiënt.

Mindfulness

In het onderzoek van Ryan, Safran, Doran en Muran (2012) werd gekeken of mindfulness als eigenschap van de therapeut bijdraagt aan de therapeutische relatie met de cliënt en het behandelresultaat. Mindfulness werd in dit onderzoek omschreven als een multidimensioneel construct bestaande uit vier factoren: observeren en aandacht hebben van interne en externe stimuli (observing), het verbaal kunnen labelen van deze ervaringen zonder oordeel (describing), de mogelijkheid om één ding tegelijk aandachtig te ondernemen (act with awareness) en het niet labelen van ervaringen als goed of slecht, maar de realiteit accepteren zoals het is zonder het proberen te veranderen (allowing without judgment). Psychologen met een hogere score op de mindfulness schaal waren vriendelijker richting zichzelf. Mindfulness was positief gecorreleerd met beoordeling van de werkkalliantie door de therapeut. Alleen de 'act with awareness' schaal was positief gecorreleerd met de beoordeling door de patiënt. Mindfulness van de therapeut was niet geassocieerd met vermindering in symptomen zoals beoordeeld door de patiënt. Wel was het geassocieerd met verbetering in interpersoonlijk functioneren.

Ook Stanley en collega's (2006) deden onderzoek naar mindfulness bij therapeuten. Zij keken wat het effect was op behandelresultaat van geprotocolleerde behandelingen. In tegenstelling tot het onderzoek van Ryan en collega's werd gevonden dat bij de cliënten van therapeuten met een hoge mate van mindfulness minder symptoomreductie optrad. Volgens de onderzoekers is het mogelijk dat mindfulness de effectiviteit van therapeuten vermindert in bepaalde settings. Het is mogelijk dat toegenomen mindfulness, of waarneming van interne en externe prikkels, afleidt van het houden aan het protocol. Mindfulness draait om het weerstaan van functioneren op de automatische piloot. Deze openheid van geest vormt mogelijk een probleem bij het geprotocolleerd werken.

Interpersoonlijke vaardigheden

Bij een randomized controlled trial (Anderson, Crowley, Himawan, Homberg & Uhlin, 2016), werden therapeuten geselecteerd op basis van hun interpersoonlijke vaardigheden en training status. Cliënten werden at random toegewezen aan een therapeut met goede interpersoonlijke vaardigheden, minder goede interpersoonlijke vaardigheden of de cliënt werd op een wachtlijst geplaatst. Cliënten behandeld door therapeuten met goede vaardigheden bereikten meer verandering in symptomen. Bovendien hadden ze een betere relatie met hun behandelaar en was er meer verbetering in de behandelrelatie, zoals beoordeeld door de patiënt.

Heinonen en collega's (2014) onderzochten in een grootschalig onderzoek onder andere welke eigenschappen van de therapeut bijdragen aan de behandelrelatie bij korte- en lange-termijn therapie. Wanneer de therapeut zijn eigen relationele basisvaardigheden (een kalme, sympathieke aanwezigheid, capaciteit om een veelheid van menselijke ervaringen in te voelen en het vermogen om authentieke bezorgdheid voor anderen te voelen en te communiceren) als positiever beoordeelde, werd de alliantie tussen therapeut en patiënt vroeg in therapie door de patiënt als positiever beoordeeld. Dit gold voor zowel korte- als langetermijn therapie.

Uit het onderzoek van Anderson, McClintock, Himawan, Song en Patterson (2016) bleek dat het hebben van goede interpersoonlijke vaardigheden mogelijk ook bijdraagt aan het behandelresultaat. De interpersoonlijke vaardigheden werden gemeten door een taak waarbij de psychologen moesten reageren op video's van cliënten in therapie. Tevens vulden ze een vragenlijst in over interpersoonlijke vaardigheden. Interpersoonlijke vaardigheden waren voorspellend voor een vermindering van symptomen bij cliënten, meer dan een jaar later. Therapeuten met goede vaardigheden waren meer effectief. Dit gold echter alleen voor kortetermijn therapieën (maximaal 8 sessies), bij therapieën van langer dan 16 sessies was er geen verschil.

In het onderzoek van Anderson, Ogles, Patterson, Lambert en Vermeersch (2009) werd nagegaan of interpersoonlijke vaardigheden, gemeten met een taak waarbij therapeuten moesten reageren op videosimulaties van moeilijke cliënt-therapeut interacties, effect heeft op het behandelresultaat, gemeten door een vermindering in klachten. Dit bleek het geval te zijn. Een deel van de variantie in uitkomst tussen therapeuten is te verklaren uit het verschil in kwaliteit van omgaan met moeilijke interpersoonlijke ervaringen met patiënten.

Dinger, Strack, Leichsenring en Schauenburg (2007) bekeken het effect van interpersoonlijke problemen en de behandelrelatie op de uitkomst van psychotherapie. Dit onderzoek werd uitgevoerd bij psychodynamisch georiënteerde psychotherapeuten die behandelden in een klinische setting. Hier werd geen effect gevonden van interpersoonlijke problemen (gemeten op de dimensies dominantie en affiliatie) bij de therapeut op de behandelrelatie en het behandelresultaat.

Ook Hersoug, Høglend, Havik, Von der Lippe en Monsen (2009) deden onderzoek naar interpersoonlijke problemen van de therapeut. Zij keken of deze de kwaliteit van de therapeutische relatie kunnen beïnvloeden in langetermijn therapie (tot wel 120 sessies). Een koude, afstandelijke persoonlijkheidsstijl bleek voorspellend te zijn voor een slechtere therapeutische relatie, zoals beoordeeld door zowel de therapeut als de patiënt, zowel aan het

begin als later in de therapie. Een hoge score op de koude/afhankelijke schaal voorspelde een negatieve ontwikkeling van de relatie, zoals beoordeeld door de therapeut.

Uit het onderzoek van Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad (2010) bleek dat gevorderde relationele vaardigheden (omgaan met persoonlijke reacties en emoties die een patiënt oproept) een negatieve relatie hadden met de kwaliteit van de behandelrelatie. Deze vaardigheden gingen over wat de patiënt oproept bij de therapeut en hoe de therapeut deze informatie kan gebruiken. Bij het uitoefenen van de vaardigheden is de therapeut buiten de cliënt ook gericht op zichzelf, wat als mogelijke verklaring werd genoemd voor de negatieve samenhang met kwaliteit van de behandelrelatie.

Kenmerken van de behandelaar

Persoonlijkheid

In het onderzoek van Chapman, Talbot, Tatman en Britton (2009) werd gekeken naar het verband tussen de persoonlijkheid van de therapeut in training, en de beoordeling van de werkalliantie door zowel trainee als patiënt. Een hogere mate van neuroticisme was geassocieerd met betere beoordeling door de cliënt, maar slechtere beoordeling door de trainee. Dit werd verklaard doordat de trainees gemiddeld een lage score hadden op deze schaal. De trainees die relatief hoog scoorden in het onderzoek behaalden vergeleken met de populatie in zijn geheel een score iets boven het gemiddelde. Er kan dus gezegd worden dat een gemiddelde score op de neuroticisme schaal samenhangt met een betere behandelrelatie (zoals beoordeeld door de cliënt), vergeleken met een lage score op neuroticisme. Dat de relaties van deze therapeuten door de patiënten beter beoordeeld werden is toe te schrijven aan het 'negatief affect' element van de neuroticisme schaal, oftewel de neiging om verdriet en angst te voelen. Normale of iets verhoogde niveaus van verdriet en angst kunnen er mogelijk voor zorgen dat de therapeut meer empathie kan voelen voor de patiënt. Lage niveaus van deze emoties kunnen ervoor zorgen dat therapeut zich ongemakkelijk voelt bij negatieve emoties van de cliënt, of deze emoties zelfs niet opmerkt. Meer openheid bij de therapeut was geassocieerd met een lagere beoordeling door de cliënt, en een hogere score op aangenaamheid was geassocieerd met een lagere beoordeling door de trainee. Het effect van openheid was klein.

Coleman (2006) deed onderzoek naar de gelijkheid in persoonlijkheid tussen therapeut en cliënt, en het effect hiervan op de therapeutische relatie en het behandelsucces. Meer

gelijkheid tussen de Big Five persoonlijkheidskenmerken van de patiënt en de therapeut voorspelde minder symptomen bij de patiënt later in de behandeling.

Hechting

In het onderzoek van Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg (2009) werd specifiek gekeken naar de hechtingsstijl van de therapeut, en hoe deze samenhangt met de ontwikkeling van de therapeutische relatie. Dit onderzoek werd verricht in een klinische setting. De veiligheid in de hechtingsstijl van de therapeut hing niet samen met de ontwikkeling van de therapeutische relatie. Wel hing een meer bezorgde hechtingsstijl van de therapeut samen met een meer negatieve behandelrelatie.

Een soortgelijk onderzoek werd uitgevoerd bij psychodynamisch georiënteerde therapeuten in een klinische setting (Schauenburg et al., 2010). Er werden geen hoofdeffekten gevonden van hechtingsstijl op therapeutische alliantie en behandeluitkomst. Echter, bij ernstig beschadigde patiënten bleek een meer veilige hechting van de therapeut geassocieerd met een betere alliantie en behandeluitkomst.

Overig

Professionele zelftwijfel

Nissen-Lie en collega's (2015) onderzochten of het zelf-concept van de therapeut als persoon en als therapeut effect heeft op de interpersoonlijke problemen van patiënten. Er werd data verzameld voor het begin van de behandeling, direct erna en 6, 12 en 24 maanden na afloop. Een combinatie van professionele zelftwijfel en liefde voor zichzelf in het persoonlijke leven was voorspellend voor meer verbetering van interpersoonlijke problemen bij de patiënt. De therapeuten die een lage score op professionele zelftwijfel combineerden met een hoge mate van liefde voor zichzelf in het persoonlijke leven bereikten de minste verandering bij patiënten. Een zelf-kritische kijk op het werk bleek goed voor het functioneren, indien het gecombineerd wordt met zorg en liefde voor zichzelf.

Ook in het onderzoek van Nissen-Lie et al. (2010) kwam professionele zelftwijfel naar voren als helpende factor in therapie. Dit bleek positief gecorreleerd te zijn met de therapeutische alliantie, zoals beoordeeld door de patiënt. Een attitude van bescheidenheid en gevoeligheid bleek bij te dragen aan de relatie tussen therapeut en patiënt.

Heinonen en collega's (2014) onderzochten het zelfvertrouwen en hoe dit samenhangt met de therapeutische alliantie, zowel beoordeeld door patiënt als therapeut. Zij vonden dat

een gebrek aan zelfvertrouwen en plezier in het werk een minder goede therapeutische relatie voorspelde, zoals beoordeeld door de therapeut. Deze factoren hadden geen effect op de beoordeling van de patiënt.

Persoonlijke ervaringen

Uit onderzoek van Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen en Rønnestad (2013) bleek dat ervaringen in het persoonlijke leven van de therapeut effect hebben op de therapeutische relatie, zoals gemeten door zowel patiënt als therapeut. De persoonlijke lasten schaal, waar vragen gesteld werden over negatieve ervaringen, zorgen, conflict, bleek negatief samen te hangen met de groei van de relatie zoals beoordeeld door de patiënt maar was niet gerelateerd aan de relatie zoals beoordeeld door de therapeut. De persoonlijke tevredenheid schaal, waar vragen gesteld werden over zorg vanuit de omgeving, vrijheid om gedachten uit te spreken, emotionele intimiteit, momenten van vreugde, bleek daarentegen positief samen te hangen met de groei zoals beoordeeld door de therapeut maar niet zoals beoordeeld door de patiënt. Uit het onderzoek bleek dat de patiënt gevoelig is voor negativiteit in het leven van de therapeut, terwijl de therapeut gebiased is door de positieve emoties die hij zelf ervaart.

Tabel 3: *Gebruikte artikelen voor onderzoeksvraag 2 naar het behandel succes van de behandelaar*

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Anderson, Crowley, Himawan, Homberg & Uhlin	2016	VS	RCT	De effecten van training en interpersoonlijke vaardigheden op de therapeutische relatie en het behandel effect werden onderzocht	23	Therapeuten met goede interpersoonlijke vaardigheden bewerkstelligden een beter behandelresultaat. Tevens werd de behandelrelatie vanaf het begin positiever beoordeeld, en veranderde deze in positieve zin.
Anderson, McClintock, Himawan, Song & Patterson	2016	VS	Longitudinaal	Er werd onderzocht of interpersoonlijke vaardigheden van klinische psychologie trainees een voorspellende waarde hadden voor het behandel effect van behandelingen meer dan een jaar later	44	De interpersoonlijke vaardigheden van therapeuten waren voorspellend voor het behandel effect een jaar later. Therapeuten met betere vaardigheden behaalden betere behandel effecten. Dit effect trad alleen op bij korte behandelingen (hoogstens 8 sessies), bij behandelingen van meer dan 16 sessies hadden deze vaardigheden geen effect.
Anderson, Ogles, Patterson, Lambert & Vermeersch	2009	VS	Longitudinaal	Onderzocht werd of interpersoonlijke vaardigheden van de therapeut een relatie heeft met het behandel succes	25	Een deel van het verschil in effect tussen therapeuten hangt samen met de vaardigheid om te gaan met interpersoonlijk uitdagende situaties
Briggs & Munley	2008	VS	Longitudinaal	De relatie tussen stress bij de psychotherapeut, copingstijl, carrière-onderhoudende gedragingen en de werkaliantie werd onderzocht.	160	Carrière-onderhoudende gedragingen correleerden positief met werkaliantie. Een actieve copingstrategie is geassocieerd met een betere werkaliantie.
Chapman, Talbot, Tatman & Britton	2009	VS	Cross-sectioneel	De associatie tussen de Five Factor Model persoonlijkheidseigenschappen en beoordelingen van de werkaliantie door cliënten en psychotherapie trainees werd onderzocht	33 trainees	Een hogere score op neuroticisme was geassocieerd met betere beoordeling van de alliantie door de cliënt, maar met een slechtere beoordeling door de trainee. Een hogere openheid was geassocieerd met een lagere beoordeling door de cliënt, hogere aangenaamheid met een lagere beoordeling door de trainee.

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Coleman	2006	VS	Cross-sectioneel	De studie onderzocht welke persoonlijkheidsfactoren bijdragen aan de therapeutische relatie en lagere symptomen bij de cliënt	15	Overeenkomst in persoonlijkheid tussen cliënt en therapeut en neuroticisme bij de cliënt waren gecorreleerd met lagere symptomen. Bij vrouwelijke cliënten was gelijkheid in persoonlijkheid en extraversie geassocieerd met een betere therapeutische alliantie
Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg	2009	Duitsland	Longitudinaal	De relatie tussen de interpersoonlijke problemen van patiënten, de hechtingrepresentaties van therapeuten en de ontwikkeling van de therapeutische relatie, werd onderzocht in een klinische setting.	12	De interpersoonlijke problemen van patiënten waren gerelateerd aan de kwaliteit van de alliantie. De veiligheid van de hechting van de therapeut was niet gerelateerd aan de ontwikkeling van de therapeutische relatie, maar een meer bezorgde hechtingsstijl was geassocieerd met een lager niveau van de alliantie
Dinger, Strack, Leichsenring & Schauenburg	2007	Duitsland	Cross-sectioneel	Het belang van interpersoonlijke problemen bij de therapeut en de patiënt en de impact van de therapeutische alliantie op symptoomverandering werd onderzocht.	31	Dominante patiënten profiteerden meer van therapie, de interpersoonlijke dispositie van therapeuten had geen effect. Het positieve effect van therapeutische alliantie op uitkomst was sterker voor minder stabiele therapeuten
Heinonen, Lindfors, Härkänen, Virtala, Jääskeläinen & Knekt	2014	Finland	Longitudinaal	De studie onderzocht welke eigenschappen van de therapeut bijdragen aan de formatie en ontwikkeling van de werkrelatie bij korte- en langetermijn therapie	70	Betere interpersoonlijke vaardigheden voorspelden een betere alliantie zoals beoordeeld door de cliënt, zowel bij korte als langetermijn therapie. Het professionele zelfvertrouwen en werkplezier, samen met de ervaringen in het persoonlijke leven, waren voorspellend voor de alliantie. De factoren hadden minder invloed op de beoordeling van de cliënt dan van de therapeut.

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Hersoug, Høglend, Havik, von der Lippe & Monsen	2009	Noorwegen	Longitudinaal	De studie onderzocht welke eigenschappen van de psychotherapeut bijdragen aan de ontwikkeling van de werkrelatie bij langetermijn therapie	61	De 'koude/afstandelijke' dimensie had een negatieve correlatie met de werkalliantie zoals beoordeeld door cliënt als psycholoog. Meer training was geassocieerd met een slechtere werkalliantie beoordeeld door patiënten. Betere zorg door de moeder tot de adolescentie voorspelde een betere relatie, zoals beoordeeld door de cliënt
Nissen-Lie, Havik, Høglend, Monsen & Rønnestad	2013	Noorwegen	Longitudinaal	Er werd onderzocht welke persoonlijke (positieve en negatieve) factoren bijdragen aan ontwikkeling van de werkrelatie tussen therapeut en cliënt	70	De werkrelatie werd beïnvloed door de kwaliteit van leven van de therapeut. Patiënten zijn vooral gevoelig voor nare ervaringen, terwijl positieve ervaringen invloed hebben op de beoordeling van de werkrelatie door de therapeut
Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad	2010	Noorwegen	Cross-sectioneel	Onderzocht werd of en hoe de zelf-gerapporteerde eigenschappen van therapeuten gerelateerd zijn aan de beoordeling van de werkalliantie door de patiënt	68	Een negatief effect van 'negative personal reaction' en een positief effect van professionele zelf-twijfel werd gevonden.
Nissen-Lie, Rønnestad, Høglend, Havik, Solbakken, Stiles & Monsen	2015	Noorwegen	Longitudinaal	Er werd onderzocht hoe het zelf beoordeelde professionele functioneren en het persoonlijke functioneren van de therapeut is gerelateerd aan behandel-effect	70	Therapeuten met een hogere mate van professionele zelf-twijfel zorgden voor meer verandering in combinatie met zelfvertrouwen in het persoonlijke leven. Constructieve copingstrategie door de therapeut helpt de patiënt, terwijl een vermijdende copingstijl een negatief effect heeft op de patiënt.
Ryan, Safran, Doran & Muran	2012	VS	Longitudinaal	Het verband tussen mindfulness als dispositie en 'self-affiliation' en de therapeutische relatie en behandeluitkomst werd onderzocht.	26	Mindfulness was positief gecorreleerd met de therapeutbeoordeling van de werkalliantie, slechts een van de schalen vertoonde een positieve relatie met de beoordeling van de patiënt. Mindfulness was niet geassocieerd met een vermindering in symptomen, wel met vooruitgang in interpersoonlijk functioneren, beoordeeld door de cliënt.

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Schauenburg, Buchheim, Beckh, Nolte, Brenk-Franz, Leichsenring, Strack & Dinger	2010	Duitsland	Longitudinaal	De relatie tussen de hechting van de therapeut en de alliantie en het effect van de behandeling werd onderzocht bij psychodynamisch georiënteerde therapeuten	31	Er was geen hoofdeffect van hechting. Meer veilige hechting bij de therapeut was geassocieerd met een betere behandelrelatie en uitkomst bij ernstig beschadigde patiënten.
Stanley, Reitzel, Wingate, Cukrowicz, Lima & Joiner	2006	VS	Longitudinaal	De relatie tussen mindfulness bij de therapeut en behandeluitkomst bij de cliënt werd onderzocht.	23	Hogere niveaus van mindfulness voorspelden een lagere reductie in ernst van symptomen bij afsluiting van de therapie.

3.4 Wat zijn factoren die de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg voorspellen?

Voor beantwoording van de derde vraag werden in totaal 17 studies geïncludeerd. Tien van de studies richtten zich op burnout, zes op compassion fatigue, bij één van de studies werden variabelen samenhangend met beide problemen onderzocht. Tabel 4 (p. 38-41) geeft een overzicht van de geïncludeerde studies en de resultaten van deze studies.

Vaardigheden van de behandelaar

Coping

Er zijn verschillende onderzoeken verricht naar het omgaan met stressvolle situaties en het effect op psychische gesteldheid. Zo bleek dat de mate van ‘compassion fatigue’ positief samenhangt met een zelf-opofferende defensiestijl van therapeuten (Adams & Riggs, 2008). Bij een dergelijke defensiestijl willen ze ten allen tijde zichzelf presenteren als een vriendelijk, hulpvaardig persoon, en iemand die nooit boos wordt.

Bij stress op het werk bleken hulpverleners baat te hebben bij een probleem-georiënteerde copingstijl (Zeidner, Hadar, Matthews & Roberts, 2013). Dit verkleinde de kans op het ontwikkelen van ‘compassion fatigue’ symptomen, terwijl een emotie-georiënteerde copingstijl de kans juist vergrootte.

Eén van de onderzoeken ging over humor bij psychotherapeuten als manier van omgaan met stress (Malinowski, 2013). Er werd onderzocht hoe verschillende vormen van humor in relatie staan tot burnout. Het gebruik van zelfvernietigende humor hing samen met een hogere mate van emotionele uitputting en depersonalisatie. Zelfverrijkende humor daarentegen, hing samen met het gevoel iets te bereiken.

Mindfulness

Mindfulness lijkt een beschermende factor te zijn tegen het ontwikkelen van burnout. Di Benedetto en Swadling (2014) voerden een onderzoek uit onder Australische psychologen. Mindfulness werd in dit onderzoek gemeten met de Five Facet Mindfulness Questionnaire, die dit construct meet op basis van vijf dimensies (non-reactiviteit, observeren, bewust handelen, beschrijven en niet-beoordelen). Een algemene neiging om mindful te zijn en handelen bleek samen te hangen met lagere niveaus van zelf-gerapporteerde burnout.

Ook in het onderzoek van Harrison en Westwood (2009), waarbij ervaren psychologen werden geïnterviewd over activiteiten die ze uitvoeren om ‘compassion fatigue’ te

voorkomen, kwam mindfulness naar voren als beschermende factor. De meeste therapeuten gaven aan dat het ontwikkelen van mindfulness (oriëntatie op het hier en nu), geïntegreerd in het dagelijks leven van opstaan tot naar bed gaan, helpt om geduld op te brengen en een helpende, compassievolle aanwezigheid te zijn.

Emotionele intelligentie/empathie

Zeidner et al. (2013) onderzochten persoonlijke en professionele factoren die samenhangen met ‘compassion fatigue’ bij hulpverleners. Emotionele intelligentie en emotie-management bleken negatief te correleren met het niveau van ‘compassion fatigue’. Dit houdt in dat hulpverleners die een hogere emotionele intelligentie hebben en een betere emotie-management hebben, mogelijk minder vaak last hebben van ‘compassion fatigue’.

Kenmerken van de behandelaar

Temperament

Ook temperament bleek in verband te staan tot stress en burnout. Rzeszutek en Schier (2014) bekeken welke temperamentkenmerken, gemeten met de ‘Formal Characteristics of Behavior-Temperament Inventory’, samenhangen met burnout symptomen bij Gestalt en cognitief gedragstherapeuten. Perseveratie, een neiging om gedrag te herhalen terwijl de triggers voor dit gedrag al verdwenen zijn, was positief geassocieerd met emotionele reactiviteit. Levendigheid, een neiging om snel te reageren, in een hoog tempo activiteiten uit te voeren en gedrag goed te kunnen aanpassen, was negatief gecorreleerd met emotionele reactiviteit. Emotionele reactiviteit is de neiging om intens te reageren op stimuli die emoties triggeren. Aangezien dit sterk samenhangt met neuroticisme en stress op het werk, mag verondersteld worden dat perseveratie bij therapeuten de kans op burnout verhoogt, terwijl levendigheid een therapeut beschermt.

Rzeszutek, Partyka & Golab (2015) deden ook onderzoek naar temperamenttrekken, maar nu in verband met symptomen van ‘compassion fatigue’ bij trauma therapeuten. Therapeuten die hoger scoorden op emotionele reactiviteit hadden gemiddeld gezien meer traumasymptomen. Sensorische sensitiviteit, de mogelijkheid om te reageren op sensorische stimuli van een lage intensiteit, was juist negatief gecorreleerd met traumasymptomen.

Perfectionisme

D'Souza, Egan en Rees (2011) deden onderzoek naar perfectionisme en de link met burnout. Perfectionisme werd gemeten met de Multidimensional Perfectionism Scale, die de dimensies 'zorgen over fouten', 'persoonlijke standaard', 'verwachtingen van ouders', 'kritiek van ouders', 'twijfels over acties' en 'behoefte aan organisatie' meet. Perfectionisme bleek gerelateerd te zijn aan stress. De mate van stress was positief gecorreleerd met de mate van burnout.

Coherentie

In een grootschalig onderzoek van Linley en Joseph (2007) onder 156 therapeuten werd met behulp van vragenlijsten onderzocht welke factoren bijdragen aan het positieve en negatieve welzijn. Positief welzijn bleek positief gecorreleerd te zijn met het persoonlijkheidsconstruct 'gevoel van coherentie'. Dit construct behelst een algemene kijk op het leven. Een hoge score betekent dat de therapeut de wereld ziet als begrijpelijk, handelbaar en betekenisvol. Dit construct bleek ook de factor te zijn die het best beschermde tegen 'compassion fatigue' en burnout.

Overig

Persoonlijke leven van de behandelaar

Verschillende onderzoeken richtten zich op de balans tussen werk en vrije tijd, en het verband met burnout en compassion fatigue bij psychologen.

Rupert & Kent (2007) verspreidden vragenlijsten onder psychologen over professionele activiteiten, werkeisen en hulpbronnen, carrière-onderhoudende gedragingen en burnout. Reflecteren op waardevolle ervaringen en een balans behouden tussen het persoonlijke en professionele leven waren factoren gelinkt aan een lagere mate van emotionele uitputting. Het bespreken van frustraties van het werk met de partner en met collega's was juist gelinkt aan meer uitputting.

Het belang van sociale relaties bleek ook uit de studie van Rupert, Stevanovic en Hunley (2009). Zij vonden dat steun vanuit de familie bijdroeg aan welzijn op het werk en dat conflict tussen werk en het familiedomein (waarmee bedoeld wordt dat de vereisten vanuit het ene domein onverenigbaar zijn met de vereisten vanuit het andere domein) een predictor was voor een hogere mate van burnout. Ook in het onderzoek van Rzeszutek en Schier (2014) kwam sociale steun naar voren als beschermende factor tegen de mate van burnout, terwijl uit

het onderzoek van Rzeszutek et al. (2015) bleek dat het ook beschermt tegen ‘compassion fatigue’ symptomen.

Het belang van sociale steun bleek ook uit het onderzoek van Killian (2008). Hij onderzocht met behulp van vragenlijsten en interviews veel verschillende factoren die een rol spelen bij burnout en ‘compassion fatigue’ bij therapeuten. Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat het krijgen van sociale steun bijdraagt aan een positieve ervaring van werk.

Ook in het onderzoek van Emery, Wade en McLean (2009) kwam het belang terug van een goede balans. Zij vonden dat persoonlijke hulpbronnen zoals vrije tijd, zorg voor zichzelf en sociale steun gelinkt zijn aan een mindere mate van burnout bij psychologen.

Zorg voor zichzelf kwam in het onderzoek van Schauenburg et al. (2013) naar voren als factor die samenhangt met ‘compassion fatigue’. Tegen de verwachting in scoorden therapeuten die meer zelfzorg activiteiten ondernamen gemiddeld hoger op een vragenlijst over ‘compassion fatigue’. De onderzoekers gaven als mogelijke verklaring aan dat de therapeuten die meer stress ervaarden om die reden mogelijk meer zelfzorg activiteiten gingen ondernemen.

Spiritueel welzijn

Hardiman & Simmonds (2013) deden onderzoek naar burnout en de samenhang met spiritueel welzijn bij counselors en psychotherapeuten. Therapeuten die hoger scoorden op de existentieel welzijn schaal van de Spiritual Well-Being Scale scoorden lager op de Maslach Burnout Inventory en hadden dus klaarblijkelijk minder burnoutsymptomen. De existentieel welzijn schaal van de vragenlijst bestond uit items zoals ‘ik geloof dat er een echt doel is voor mijn leven’.

Compassion satisfaction

Therapeuten kunnen zoals eerder vermeld posttraumatische stressstoornis symptomen ontwikkelen na blootstelling aan traumatisch materiaal van traumapatiënten. Dit fenomeen wordt ook wel ‘compassion fatigue’ genoemd. Psychologen kunnen echter ook positieve emoties ontwikkelen door contact met patiënten. ‘Compassion satisfaction’ refereert aan het gevoel van voldoening en plezier dat therapeuten ontleen aan het goed doen van hun werk, zoals het gevoel van welbehagen dat psychologen krijgen wanneer ze iemand helpen (Samios, Abel & Rodzik, 2013). Het gaat hier over de krachtige ervaring van emotionele betrokkenheid noodzakelijk voor het doen van therapeutisch werk. Samios et al. (2013) onderzochten dit fenomeen, en wat het verband is met ‘compassion fatigue’. Dit deden ze door therapeuten

werkende met slachtoffers van seksueel misbruik vragenlijsten in te laten vullen. Bij de therapeuten met een relatief hoog niveau van 'compassion satisfaction' bleek er geen verband te zijn tussen het niveau van 'compassion fatigue' en angst, terwijl bij de therapeuten met een laag niveau van 'compassion satisfaction' het niveau van 'compassion fatigue' positief correleerde met het angstniveau. 'Compassion satisfaction' bleek te werken als buffer tegen de effecten van 'compassion fatigue' op het angstniveau van de therapeut.

Controle

Het gevoel controle te hebben over het verrichte werk bleek bij te dragen aan minder burnout en 'compassion fatigue'. Zo bleek dat werknemers met een interne locus of control een lagere 'compassion fatigue' score behaalden (Killian, 2008). Een interne locus of control houdt in dat de werknemer gelooft zelf invloed te hebben op de resultaten die hij bereikt.

Ook in het onderzoek van Ben-Zur en Michael (2007) bleek het belang van controle. Wanneer psychologen het gevoel hadden meer controle te hebben over hun werk hadden ze minder last van burnout-symptomen. Uit het onderzoek van Rupert & Kent (2007) bleek dat therapeuten met meer controle over hun werk minder last hadden van emotionele uitputting.

Emery et al. (2009) onderzochten overtuigingen van psychologen die samenhangen met burnout en het gevoel iets te presteren. Therapeuten die meer controlerende overtuigingen hadden, zoals 'als ik niet begrijp wat er gebeurt in de therapie voel ik me extreem oncomfortabel' en 'ik moet mijn cliënt volledig begrijpen om me effectief te voelen', bleken gemiddeld gezien vaker emotioneel uitgeput te zijn.

Tabel 4: *Gebruikte artikelen voor onderzoeksvraag 3 naar psychische problemen bij de behandelaar*

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Adams & Riggs	2008	VS	Cross-sectioneel	De studie onderzocht 'compassion fatigue' bij studenten psychologie in relatie tot geschiedenis met trauma, ervaring, trauma-specifieke training en defence-style	129 studenten in klinische en counseling psychologie training programma's	Traumasympptomen hingen samen met defence style, wat persoonlijke trauma geschiedenis en ervaring modereert. Een zelf-opofferende defence style bleek een risicofactor te zijn voor 'compassion fatigue'
Ben-Zur & Michael	2007	Israel	Cross-sectioneel	De studie vergeleek inschatting van stress, coping, sociale hulpbronnen en burnout tussen sociaal werkers, psychologen en verplegers. De effectiviteit van inschattingen van stress en copingstrategieen werd onderzocht.	249 vrouwelijke hulpverleners	Een hoge challenge/control appraisal van het werk was gerelateerd aan alle burnout symptomen. Deze vorm van coping draagt bij aan minder uitputting en depersonalisatie en meer persoonlijke prestatie.
Di Benedetto & Swadling	2014	Australië	Cross-sectioneel	Het doel van de studie was om de relaties tussen burnout, werksetting, jaren ervaring in die setting, mindfulness en carrièreondersteunende gedragingen te onderzoeken bij psychologen.	167	Er was een sterke negatieve relatie tussen mindfulness en burnout. Carrière-ondersteunende gedragingen hadden slechts een zwak verband met burnout. Dit effect verdween na controle voor de variabele mindfulness.
D'Souza, Egan & Rees	2011	Australië	Cross-sectioneel	Deze studie onderzocht de relatie tussen perfectionisme, stress en burnout bij klinisch psychologen.	87	Perfectionisme is een voorspellende variabele voor burnout. Stress was een intermedierende variabele in de relatie tussen perfectionisme en burnout. Perfectionistische psychologen ervoeren meer stress en hadden een grotere kans op persoonlijke, werkgerelateerde en clientgerelateerde burnout.

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Emery, Wade & McLean	2009	Australië	Cross-sectioneel	Er wordt gekeken naar de relatieve invloed van demografische gegevens, werkplaats variabelen en individuele factoren op burnout	200	Emotionele uitputting was gerelateerd aan het hebben van controle overtuigingen in het werk. Hogere niveaus van voldoening waren geassocieerd met het hebben van meer persoonlijke hulpbronnen en minder overtuigingen over het werk hebben was gerelateerd aan inflexibiliteit en controle.
Hardiman & Simmonds	2013	Australië	Cross-sectioneel	De relatie tussen spiritueel welzijn en burnout wordt onderzocht.	89 counselors en psychotherapeuten	Existentieel welzijn was voorspellend voor burnout en bufferde het effect van trauma op emotionele uitputting.
Harrison & Westwood	2009	VS	Descriptief	De studie onderzocht beschermende factoren tegen het ontwikkelen van 'compassion fatigue' door interviews met ervaren therapeuten die tevreden zijn met hun werk af te nemen	6 therapeuten met minimaal 10 jaar ervaring met getraumatiseerde cliënten	Thema's die naar voren kwamen als beschermende factoren waren: het tegengaan van isolatie, mindful zelfbewustzijn ontwikkelen, uitbreiden van perspectief, actief optimisme, holistische zelf-zorg, het behouden van duidelijke grenzen, empathie, professionele tevredenheid en het creëren van betekenis
Killian	2008	VS	Descriptief/ cross-sectioneel	De studie focuste op stress bij traumatherapeuten en bekeek factoren gerelateerd aan veerkracht en burnout	20 geïnterviewde therapeuten, 104 vragenlijsten verzameld	Zelfzorg activiteiten betroffen bespreken met collega's of een supervisor, spiritualiteit, sport en tijd doorbrengen met familie. Sociale steun, werk uren en een interne locus of control waren predictors van 'compassion satisfaction'.
Linley & Joseph	2007	Engeland	Cross-sectioneel	De studie onderzocht werkfactoren en therapeutfactoren die bijdragen aan het positieve en negatieve welzijn van de therapeut	156	Het gevoel van coherentie in persoonlijkheid was de meest beschermende factor tegen negatieve psychologische verandering en 'compassion fatigue'. Gevoel van coherentie en de therapeutische relatie werden gevonden als beschermende factoren tegen burnout.
Malinowski	2013	VS	Cross-sectioneel	Het verband tussen verschillende vormen humor en verschillende kenmerken van burnout werd onderzocht bij psychotherapeuten.	133	Zelfvernietigende humor draagt bij aan de kenmerken emotionele uitputting en depersonalisatie, terwijl zelfbevorderende humor bijdraagt aan het gevoel van persoonlijke prestatie

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Rupert & Kent	2007	VS	Cross-sectioneel	Onderzocht werd welke factoren bijdragen aan burnout bij mannelijke en vrouwelijke psychologen?	595	Het gevoel voor humor behouden, zelf-bewustzijn, balans tussen persoonlijke en professionele leven, behoud van een professionele identiteit, tijd besteden aan hobby's en tijd besteden met de partner en familie kwamen naar voren als belangrijke beschermende factoren tegen burnout.
Rupert, Stevanovic & Hunley	2009	VS	Cross-sectioneel	In dit onderzoek werd gekeken naar het verschil tussen vrouwen en mannen in het ervaren van burnout. De rol van werk-familie conflict in burnout werd tevens onderzocht.	497	Steun van familie was belangrijk voor welzijn op het werk, conflict tussen werk en familie was een predictor voor burnout.
Rzeszutek, Partyka & Golał	2015	Polen	Cross-sectioneel	Het onderzoek ging over de ernst van 'compassion fatigue' symptomen bij hulpverleners en de relatie met temperament kenmerken en sociale steun.	80 traumatherapeuten	Het niveau van 'compassion fatigue'-symptomen is gerelateerd aan temperament kenmerken, emotionele reactiviteit, sensorische gevoeligheid en waargenomen sociale steun. Emotionele reactiviteit is positief gecorreleerd met symptomen, sensorische sensitiviteit negatief.
Rzeszutek & Schier	2014	Polen	Cross-sectioneel	Er wordt gekeken naar de ernst van burnout-symptomen bij psychotherapeuten en de relatie met temperament kenmerken en sociale steun.	200 gestalt- en cognitieve gedragstherapeuten	Het niveau van burnout symptomen was gerelateerd aan temperamentkenmerken, levendigheid, vastberadenheid en sociale steun. Vastberadenheid zorgde voor meer symptomen, terwijl sociale steun en levendigheid waren gerelateerd aan een afname van symptomen.

<i>Auteurs</i>	<i>Jaar van publicatie</i>	<i>Land</i>	<i>Design</i>	<i>Beschrijving</i>	<i>Sample size</i>	<i>Resultaten</i>
Samios, Abel & Rodzik	2013	Australië	Cross-sectioneel	Onderzocht werd of de negatieve effecten van 'compassion fatigue' op de aanpassing van therapeuten gebufferd wordt door compassie tevredenheid en of de broaden-and-build theorie toegepast kan worden om de factoren gerelateerd aan compassie tevredenheid te onderzoeken.	61	Compassietevredenheid bufferde het negatieve effect van secondary traumatic stress op aanpassing van de therapeut. De broaden-and-build theorie kan hier een theoretische basis voor bieden.
Schauenburg, Buchheim, Beckh, Nolte, Brenk-Franz, Leichsenring, Sodeke-Gregson, Holttum & Billings	2013	Engeland	Cross-sectioneel	Onderzocht werd wat de prevalentie van compassietevredenheid, burnout en 'compassion fatigue' is onder therapeuten werkende met traumapatiënten en welke factoren hieraan bijdragen	253	Een hoger risico voor 'compassion fatigue' was gevonden in therapeuten die meer individuele supervisie krijgen en zelfzorg activiteiten ondernemen en bij de therapeuten die een persoonlijk traumaverleden hebben
Zeidner, Hadar, Matthews & Roberts	2013	Israel	Cross-sectioneel	De studie onderzocht persoonlijke en professionele factoren die bijdragen aan compassion fatigue bij professionals in de gezondheidszorg	182 mentale en medische hulpverleners	Emotionele intelligentie en emotiemanagement hebben een negatieve correlatie met mate van 'compassion fatigue' . Adaptieve coping heeft een negatieve correlatie met mate van 'compassion fatigue'. Probleem-gerichte coping medieert de associatie tussen emotionele intelligentie en 'compassion fatigue'.

4. Discussie

Deze review richtte zich op de therapeut in de GGZ. De vragen omtrent de beweegredenen en motivatie van de behandelaar, het succes van de behandelaar en psychische problemen van de behandelaar zullen één voor één behandeld worden. De resultaten zullen hierna kritisch worden bediscussieerd.

4.1 Reflectie op de resultaten

Kort samengevat lijken vroege, vaak negatieve ervaringen en het aannemen van een helpende rol op vroege leeftijd een belangrijke motivatie te zijn om therapeut te worden. Balans tussen werk en vrije tijd, controle op het werk en reflectie op bevredigende ervaringen lijken belangrijke motivatoren te zijn om het werk van behandelaar te blijven doen. Een therapeut behaalt gemiddeld gezien waarschijnlijk betere resultaten wanneer hij over goede relationele basisvaardigheden beschikt, wanneer hij een actieve, probleemoplossende copingstijl heeft en over een bepaalde mate van zelftwijfel en neuroticisme beschikt. Een gebrek aan balans tussen het persoonlijke en professionele leven lijkt de kans op burnout en compassion fatigue symptomen te vergroten, terwijl voldoende sociale steun en goed ontwikkelde mindfulnessvaardigheden de kans op dergelijke symptomen waarschijnlijk juist verkleinen. Controle op het werk lijkt positief bij te dragen aan het psychologisch functioneren. Wanneer de therapeut meer controlebehoefte heeft of het gevoel heeft weinig controle te hebben over het werk dat hij verricht is de kans op burnout en compassion fatigue waarschijnlijk relatief groot.

Wat beweegt de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg om dit werk te gaan doen en te blijven doen?

In de onderzoeken naar motivatie om psycholoog te worden kwamen consistent nare ervaringen in de kindertijd en het aannemen van een helpersrol naar voren als mogelijke verklarende factoren. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van het onderzoek van DiCaccavo, gepubliceerd in 2002. Hij vond dat studenten counseling psychologie minder zorg ontvingen van hun ouders gedurende hun jeugd en vaker een helpende rol aannamen. Ook komen deze bevindingen overeen met de resultaten van de studie van Murphy en Halgin (1995), waaruit bleek dat klinisch psychologen in hun carrièrekeuze meer dan sociaal psychologen werden beïnvloed door psychologische problemen in het gezin van herkomst en de wens om persoonlijke problemen op te lossen.

De bevinding van psychologen die gemotiveerd zijn door moeilijke ervaringen in de jeugd, sluit aan bij het concept van de ‘wounded healer’ (Zerubavel & Wright, 2012). De ‘wounded healer’ is een archetype, dat suggereert dat de wonden van een genezer een helende kracht kunnen bevatten voor de cliënt. Uit onderzoek blijkt dat 75-87% van de therapeuten ooit zelf therapie heeft gekregen, in contrast met de 25% in de algemene populatie. Sommige therapeuten moesten therapie krijgen om aan trainingseisen te voldoen, maar ook veel therapeuten zochten hulp voor psychologische, interpersoonlijke of middelgerelateerde problemen (Norcross & Conner, 2005; Orlinsky, Schofield, Schroder & Kazantzis, 2011). Het zelf hebben meegemaakt van psychische problemen als therapeut heeft verschillende positieve effecten, zoals een groter vermogen op empathie te voelen voor de patiënt, een dieper begrip van pijnlijke ervaringen, verhoogde waardering voor hoe moeilijk het kan zijn therapie te volgen, meer geduld en tolerantie wanneer de progressie langzaam is en een groter geloof in het therapeutische effect (Gelso & Hayes, 2007; Gilroy, Carroll & Murra, 2001). Er zijn echter ook mogelijke negatieve gevolgen, zoals een verminderd vermogen emotioneel aanwezig te zijn, slecht omgaan met tegenoverdracht, overidentificatie, projectie of een persoonlijke agenda hebben met betrekking tot de therapie (Briere, 1992; Gil, 1988). Ook blijkt uit onderzoek dat de ‘wounded healer’ meer kwetsbaar is voor ‘compassion fatigue’, en dus eerder getraumatiseerd raakt door uitvoering van zijn werk (Pearlman, 1995; Salston & Figley, 2003).

In de onderzoeken naar motivatie om psycholoog te blijven kwamen de balans tussen werk en vrije tijd en controle op het werk naar voren als mogelijke voorspellende factoren. Deze resultaten kwamen ook terug in onderzoeken uitgevoerd buiten de GGZ. Zo bleek uit onderzoek van Chan et al. (2016) bij werknemers van verschillende bedrijven dat balans tussen werk en vrije tijd een positieve impact heeft op tevredenheid op het werk en binnen de familie. Uit onderzoek van Haar, Russo, Suñe en Ollier-Malaterre (2014) bleek dat de balans tussen werk en vrije tijd predictief is voor werktevredenheid en tevredenheid met het leven in vele verschillende culturen (Maleisië, China, Nieuw-Zeeland, Spanje, Frankrijk en Italië). Het effect van balans komt ook in verschillende andere onderzoeken naar voren als belangrijk (Maggiori, Johnston & Rossier, 2016; Mas-Machuca, Berbegal-Mirabent & Alegre, 2016; Pattusamy & Jacob, 2016). Ook het belang van controle op het werk komt in studies uitgevoerd buiten de geestelijke gezondheidszorg naar voren. Zo bleek uit een meta-analyse (Judge & Bono, 2001) dat een interne locus of control positief gecorreleerd is met werktevredenheid, ongeacht de werksetting. Dit houdt in dat werknemers meer tevreden zijn met hun werk wanneer ze geloven zelf verantwoordelijk te zijn voor het succes (of falen) van

pogingen om het doel te bereiken (Lefcourt, 1991). Ook in meer recent onderzoek kwam dit verband naar voren, onder andere bij tijdelijke werkrachten (Borgogni, Consiglio & Di Tecco, 2016) en managers (Kirkcaldy, Shephard & Furnham, 2002).

Welke factoren dragen bij aan het behandelingsucces van een behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg?

Goed ontwikkelde relationele basisvaardigheden lijken, gezien de resultaten van deze review, bij te dragen aan zowel het behandelingseffect als de therapeutische relatie. Bovendien komen een actieve probleemoplossende copingstijl, het kunnen doorvoelen van negatieve emoties en een bepaalde mate van twijfel over het eigen kunnen in deze review naar voren als factoren die mogelijk bijdragen aan het succes van een therapeut.

In een overzichtartikel (Beutler et al., 1994) van meer dan 20 jaar geleden werd de correlatie tussen factoren als psychische problemen van de therapeut, empathie, warmte en oprechtheid en het behandelingseffect benoemd. Deze factoren kwamen in de huidige review niet aan bod. Hechting, waar in een review van Degnan en collega's (2016) onderzoek naar werd gedaan, kwam wel terug in onderzoeken in de huidige review. Uit de review van Degnan et al. (2016) kwam naar voren dat veilig gehechte therapeuten sterkere banden vormden met de cliënten en positievere behandelingseffecten wisten te bereiken. In de twee onderzoeken naar hechting in de huidige review kwam dit resultaat niet terug. Bij het onderzoek van Dinger et al. (2009) werd geen effect gevonden van de hechtingstijl op de ontwikkeling van de therapeutische relatie terwijl in het onderzoek van Schauenburg et al. (2010) geen hoofdeffect van hechtingsstijl op de therapeutische alliantie en de behandeluitkomst werd gevonden. Bij ernstig beschadigde patiënten was een veilige hechting wel geassocieerd met een betere alliantie en behandeluitkomst. Mogelijk komen de gevonden resultaten van deze review niet overeen met het review van Degnan en collega's (2016) omdat de onderzoeken werden uitgevoerd in een afwijkende setting. De onderzoeken (Dinger et al., 2009; Schauenburg et al., 2010) vonden namelijk plaats in een klinische opnamesetting, in tegenstelling tot veel van de geïncludeerde studies in de review van Degnan et al. (2016). Een andere mogelijke verklaring, benoemd in het onderzoek van Dinger et al. (2009) is dat de professionele vaardigheden van de therapeuten mogelijk het negatieve effect van hechting teniet deden. Hiermee wordt bedoeld dat de therapeut zich door zijn vaardigheden en ervaring op een positieve, betekenisvolle manier kon verhouden tot de patiënt, ondanks zijn onveilige hechtingsstijl. In de toekomst zou meer onderzoek gedaan kunnen worden naar de omstandigheden waarin hechting van de therapeut samenhangt met het behandelingseffect.

Wat zijn factoren die de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg voorspellen?

De balans tussen het professionele en persoonlijke leven van de therapeut, sociale steun en controle over het werk bleken niet alleen samen te hangen met werktevredenheid. Deze variabelen kwamen ook in verschillende onderzoeken terug als beschermende factor tegen burnout en compassion fatigue. Verder bleek mindfulness negatief samen te hangen met burnoutsymptomen bij psychologen.

De gevonden resultaten komen grotendeels overeen met bevindingen uit de review van Rupert et al. (2015). Ook hier kwamen copingvaardigheden, balans tussen werk en vrije tijd en sociale steun naar voren als belangrijke beschermende factoren tegen burnout. Aangezien een deel van de studies uit deze review ook terugkwamen in de huidige review is het niet verwonderlijk dat de resultaten grotendeels overeenkwamen. In het review van Hannigan et al. (2004) kwamen slechts vier onderzoeken naar moderatoren van stress bij psychologen terug. Uit elk van deze onderzoeken bleek het belang van sociale steun, wat ook in de huidige review naar voren komt.

Controle, mindfulness en balans tussen werk en privé kwamen ook in verschillende onderzoeken bij andere beroepen (zowel binnen als buiten de zorgsector) terug als predictor voor burnout en compassion fatigue. Uit onderzoek van Schmitz, Neumann en Oppermann (2000) bleek dat bij verplegers een hogere mate van stress en burnoutsymptomen optrad wanneer ze minder controle voelden over de resultaten van hun werkzaamheden. Uit een meta-analyse van Wang, Bowling & Eschleman (2010) bleek dat burnout en interne locus of control negatief gecorreleerd zijn. Dit houdt in dat de deelnemers in de onderzoeken die in mindere mate het gevoel hadden controle te hebben op de resultaten van hun werkzaamheden, gemiddeld gezien een hoger niveau van burnout ervaarden. Over de rol van controle over het werk bij compassion fatigue is minder onderzoek verschenen. Het enige gevonden onderzoek richtte zich op genetische counselors (Injeyan et al., 2011). Wanneer deze een externe locus of control hebben bleken ze vaker aan te lopen tegen problemen rond compassion fatigue. Ook bleken ze meer burnoutsymptomen te ervaren. Ook kwam controle terug in het model over burnout van Maslach en Leiter (1997), waarbij uit werd gegaan van een mismatch tussen de persoon en zijn werkomgeving als verklaring. Een van de genoemde domeinen waarbij deze mismatch kon optreden was controle.

Balans tussen werk en vrije tijd en sociale steun blijkt óók in andere beroepsgroepen terug te komen als samenhangend met burnout. Uit onderzoek van Brauchli, Bauer en Hämmig (2011) onder werknemers van vier grote ondernemingen in Zwitserland kwam

conflict tussen werk en vrije tijd, gedefinieerd als een situatie waarin eisen in het ene domein onverenigbaar zijn met eisen in het andere domein, naar voren als predictor voor burnout. Ook komt in het model van Maslach en Leiter (1997) een mismatch in de workload tussen persoon en werkomgeving naar voren als mogelijke verklaring van burnout. Dit sluit aan bij de factor ‘balans tussen werk en vrije tijd’ in het huidige onderzoek.

Uit een meta-analyse naar het verband tussen sociale steun en burnout bij diverse beroepsgroepen (Halbesleben, 2006), bleek dat sociale steun, zowel vanuit het werk als van buiten, bijdraagt aan minder hoge niveaus van burnout. Dat sociale steun ook belangrijk is voor werkenden in een setting met traumaslachtoffers bleek uit het onderzoek van Hensel, Ruiz, Finney & Dewa (2015). Er werd een negatieve correlatie gevonden tussen compassion fatigue en ontvangen sociale steun.

Ook mindfulness komt in veel onderzoek bij andere beroepen naar voren als belangrijke beschermende factor tegen het ontwikkelen van burnout en ‘compassion fatigue’. Uit het onderzoek van Taylor & Millier (2016) kwam naar voren dat facetten van mindfulness negatief correleren met ieder van de drie componenten van burnout. Omgaan met stress op de werkvloer door mindful te zijn voor datgene wat er gebeurt helpt werknemers in het heden te leven en om hun uitdagingen te overwinnen. Thieleman en Cacciatore (2014) vonden in hun onderzoek bij sociale werkers die werken met getraumatiseerde personen een negatieve relatie tussen mindfulness en compassion fatigue.

Het verband tussen mindfulness en burnout en compassion fatigue blijkt ook uit onderzoek naar het effect van mindfulness interventies. Uit een meta-analyse uitgevoerd buiten de GGZ, bleek dat een mindfulness based stress reduction (MBSR) cursus zorgt voor een mindere mate van depressie, minder stress, angst, burnout en een hogere kwaliteit van leven (Khoury, Sharma, Rush & Fournier, 2015). Ook kan het mogelijk stress op de werkvloer verminderen. Uit onderzoek van Duarte en Pinto-Gouveia (2016) naar de effecten van een korte mindfulness interventie bij oncologie verpleegkundigen bleek de waarde van een dergelijke interventie. In tegenstelling tot de verpleegkundigen op een wachtlijst, bereikten degenen die de interventie doorliepen een vermindering van compassion fatigue, burnout, stress, vermijding en een toename van tevredenheid met het leven, mindfulness en zelfcompassie.

4.2 Aanbevelingen

Het is voor de GGZ-instellingen, de therapeuten van deze instellingen en de patiënten van belang dat de therapeuten goede behandelresultaten behalen en geen psychische problemen

ontwikkelen. In de psychologie-opleiding, evenals in het werkveld, kunnen veranderingen doorgevoerd worden die de prestaties van therapeuten vermoedelijk verbeteren en de kans op psychische problemen verkleinen. Gezien het positieve verband tussen relationele vaardigheden en de behandeluitkomst en therapeutische relatie (Anderson et al. 2009; Anderson et al., 2016; Anderson et al., 2016; Heinonen et al., 2014) strekt het tot aanbeveling dat studenten voldoende les krijgen in deze vaardigheden. Mogelijk kan al vroeg in het psychologie curriculum een cursus therapeutische gespreksvaardigheden worden aangeboden, zodat studenten kunnen ontdekken of het werk als therapeut bij hen past. In de selectieprocedure voor de klinische master kunnen de relationele vaardigheden van de kandidaten worden getest. Door enkel degenen toe te laten met goed ontwikkelde vaardigheden zal de kwaliteit van therapeuten vermoedelijk stijgen na verloop van tijd.

Aangezien mindfulness vermoedelijk beschermt tegen burnout (Di Benedetto & Swadling, 2014) en compassion fatigue (Harrison & Westwood, 2009), en de bewezen positieve effecten van een mindfulnessstraining op stress en psychische klachten (Khoury et al., 2015; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016) kan overwogen worden een mindfulness training toe te voegen aan de therapeutenopleiding. Shapiro, Brown & Biegel (2007) deden onderzoek naar de effecten van een mindfulness based stress reduction cursus op masterstudenten counseling psychologie. Uit dit onderzoek bleek dat de participanten in vergelijking met degenen die de cursus niet volgden een vermindering van stress, negatief affect, ruminatie en angst ervaarden, evenals een toename van positief affect en zelfcompassie. Mindfulness dient als buffer tegen stress en kan, gezien de bevindingen beschreven in dit review, therapeuten vermoedelijk beschermen tegen burnout en compassion fatigue.

Ook bij personeelsselectie door GGZ-instellingen kan rekening gehouden worden met de in dit review beschreven onderzoeksbevindingen. Door te screenen op persoonlijkheid en coping kan nagegaan worden wie waarschijnlijk beter zullen presteren en wie juist minder goed. Ook kan gebruik gemaakt worden van persoonlijkheidsonderzoek voor het koppelen van therapeuten aan patiënten. Uit onderzoek blijkt namelijk dat er meer symptoomvermindering optreedt bij de patiënt wanneer de persoonlijkheid matcht met de persoonlijkheid van de therapeut (Coleman, 2006). Door het verbeteren van behandelresultaten kunnen wachtlijsten mogelijk wat krimpen. Patiënten zullen gemiddeld gezien namelijk eerder herstellen.

Voor organisaties is het verder van belang burnout en compassion fatigue bij zijn medewerkers zoveel mogelijk te voorkomen. Burnout leidt namelijk regelmatig tot afwezigheid van werk of zelfs het nemen van ontslag (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Voor degenen die blijven werken, leidt burnout tot verminderde productiviteit en effectiviteit. Verder is het geassocieerd met verminderde werktevredenheid en inzet voor de organisatie. Ook kan burnout negatieve effecten hebben voor de patiënten (Lee, Lim, Yang & Lee, 2011). De zorg voor hen zal door burnoutklachten vermoedelijk verslechteren. Therapeuten met compassion fatigue raken vaak vermoeid, depressief, trekken zich terug van familie en vrienden (Showalter, 2010). Dit kan ook problemen opleveren voor de kwaliteit van het werk, maar ook voor het onderhouden van professionele banden. Medewerkers met compassion fatigue zijn minder productief en nemen vaker ontslag (Showalter, 2010).

In de inleiding werd benoemd dat burnout wordt gezien als mismatch tussen de persoon en zijn werkomgeving. Dit houdt in dat burnout voorkomen kan worden, zowel door het individu te veranderen, als de organisatie. Uit het huidige review komt naar voren dat werknemers door hun werk en privéleven goed in balans te houden (Rupert & Kent, 2007; Rupert et al., 2009) en door voldoende sociale steun te ontvangen van collega's (Killian, 2008; Emery et al., 2009) de kans op burnout en compassion fatigue verkleinen.

Organisaties kunnen proberen een werkplek te creëren waar de kans op stress, burnout en compassion fatigue wordt verkleind. Ze kunnen proberen het gevoel van controle bij de werknemer te verhogen door inspraak te verlenen in samenstelling van de caseload en planning van de werkzaamheden. Ook kan men de therapeuten laten meedenken over de ontwikkeling van de organisatie. Men kan de werknemer faciliteren in het bereiken van een balans tussen werk en vrije tijd, bijvoorbeeld door enige mate van flexibiliteit te bieden in het indelen van werktijden. Verder zouden werkgevers therapeuten een mindfulnessstraining kunnen aanbieden zodat ze in het vervolg vermoedelijk beter beschermd zijn tegen stress op het werk (Khoury et al., 2015; Duarte & Pinto-Gouveia, 2016).

4.3 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

In het onderzoek werden in totaal 39 studies geïnccludeerd. Al deze studies hadden betrekking op de therapeut in de geestelijke gezondheidszorg, en zijn motivatie, wat hem succesvol maakt en wat er voor zorgt of hij wel of niet psychische problemen ontwikkelt. Voor het eerst werd een dergelijk breed beeld geschetst van de hulpverlener in de GGZ. Tevens geldt het als update van een vroegere review naar psychische problemen bij de hulpverlener (Hannigan et al., 2004) doordat enkel studies van na 2006 werden geïnccludeerd. In de studies werd een breed scala aan factoren besproken. Deze diversiteit is mogelijk ook een minpunt van het huidige onderzoek. Doordat er veel factoren slechts in een enkel onderzoek besproken worden, en de factoren die in meerdere onderzoeken terugkwamen vaak op verschillende

manieren werden gemeten, kunnen de gevonden effecten niet zomaar worden gegeneraliseerd naar de geestelijke gezondheidszorg in zijn geheel. Het maken van generalisaties wordt nog verder bemoeilijkt doordat veel van de studies in een specifieke setting plaatsvonden. Zo waren er meerdere onderzoeken die enkel psychologen includeerden die traumabehandeling gaven. Tevens werden de onderzoeken uitgevoerd in veel verschillende landen. Aangezien de geestelijke gezondheidszorg overal verschillend georganiseerd is zal een effect gevonden in een specifiek land niet per definitie ook gevonden worden in een ander land. Verder is er in reviews vaak sprake van een publicatiebias (Cuijpers, 2016). Studies waar één of meerdere significante resultaten worden gevonden worden in meer gevallen gepubliceerd dan studies waar geen significante resultaten in gevonden worden, en in gepubliceerde onderzoeken worden niet-significante resultaten niet in alle gevallen vermeld. Doordat niet-significante resultaten minder vaak gerapporteerd en gepubliceerd worden zullen deze ook minder snel terugkomen in een review. Dit kan de resultaten vertekenen. Mogelijk is er ook in deze review sprake van een dergelijke vertekening.

Een nadeel van deze review is de designs van de geïncludeerde studies. Slechts één geïncludeerd onderzoek was een randomized controlled trial (Anderson et al., 2016), waar patiënten at random werden toegewezen aan een hulpverlener met goede of slechte interpersoonlijke vaardigheden. Bij de overige studies ging het in de meeste gevallen om een cross-sectioneel design, waarbij door middel van verschillende vragenlijsten of taken variabelen werden gemeten bij de therapeut, en soms bij de cliënt. Bij vraag 2 waren voornamelijk longitudinale onderzoeken geïncludeerd, waar variabelen op verschillende tijdstippen gemeten werden. Door deze verschillende uitkomstmaten te correleren kunnen er conclusies getrokken worden over de samenhang tussen variabelen. Echter kan aan de hand van cross-sectioneel en longitudinaal onderzoek niets gezegd worden over causaliteit. Bij vier van de zes onderzoeken behorende bij vraag 1 en één onderzoek behorende bij vraag 3, werd middels interviews gepoogd een beeld te schetsen van de hulpverlener. Gezien de kleine aantallen, en de kwalitatieve aard van dit onderzoek, dient men voorzichtig te zijn met het generaliseren van de resultaten van deze studies naar de totale therapeutenpopulatie.

Verder wordt in elk onderzoek gebruik gemaakt van zelfrapportage om verschillende variabelen te meten. Bij dergelijke metingen kan het voorkomen dat respondenten geneigd zijn sociaal wenselijke antwoorden te geven of zich beter of slechter voor te doen dan ze eigenlijk zijn (Pouwer, van der Ploeg en Bramsen, 1998). Stoornissen worden bijvoorbeeld vaak ondergerapporteerd op dit soort lijsten. Een nadeel van de onderzoeken naar burnout en

compassion fatigue in deze review is dat deze psychische problemen enkel werden gemeten door middel van zelfbeoordelingslijsten en niet bijvoorbeeld door observatie van een clinicus.

Een ander probleem met betrekking tot onderzoeksvraag 3 is dat burnout en compassion fatigue gemeten wordt bij werkenden in de geestelijke gezondheidszorg. Bij deze onderzoeken is er sprake van een survivorship bias. Enkel degenen die nog werken in de geestelijke gezondheidszorg werden meegenomen in dit soort onderzoeken. Het onderzoek richtte zich niet op de personen die het werk niet meer verrichten doordat ze psychische problemen hebben ontwikkeld. Dit is een gemis. Hierdoor kunnen enkel uitspraken gedaan worden over risicofactoren voor het meer of minder hebben van burnout symptomen of symptomen van compassion fatigue, maar niet over risicofactoren voor het daadwerkelijk ontwikkelen van deze stoornissen.

Een probleem met de onderzoeken naar behandel succes is dat dit succes niet enkel afhangt van de behandelaar. Of een therapeut succes behaalt ligt voor een groot deel aan de stappen die de patiënt zet in de behandeling. Het is onduidelijk of behandel effecten bereikt worden door interventies van de therapeut, de patiënt of door interactie tussen beiden. Bovendien kan het zo zijn dat de patiënten met zwaardere problemen eerder terechtkomt bij de meer ervaren of betere therapeut. Aangezien bij deze patiënten minder goede behandelresultaten worden bereikt kunnen onderzoeken naar behandel effecten hierdoor vertekend raken (Saxon & Barkham, 2012). De enige oplossing voor dit probleem is random toewijzing aan een therapeut. Aan deze voorwaarde is enkel in het onderzoek van Anderson en anderen (2016) voldaan.

4.4 Vervolg onderzoek

De huidige review biedt een eerste exploratie van de beweegredenen van de therapeut om het werk te gaan doen, de factoren die een therapeut succesvol maken en de factoren die ertoe bijdragen dat een therapeut een hogere mate van burnoutsymptomen en symptomen van compassion fatigue ontwikkelt. Aangezien veel van de gevonden verbanden slechts eenmaal naar voren komen is het van belang dat er meer onderzoek plaatsvindt naar de therapeut. Wanneer bevindingen in verschillende landen en bij verschillende populaties gevonden worden kan met meer zekerheid uitspraken gedaan worden over de GGZ in het algemeen.

In de huidige review werden met name veel studies geïncludeerd met een cross-sectioneel design, waarbij meestal op hetzelfde moment verschillende variabelen werden gemeten. Dit was met name het geval bij onderzoeksvraag 3. Het zou nuttig zijn in het vervolg een cohortstudie te doen, waarbij een cohort psychologiestudenten gedurende hun studie en

tijdens het begin van hun carrière worden gevolgd. Wanneer de verschillende variabelen die in de huidige review naar voren komen worden gemeten kan worden gekeken in welke mate studenten die de klinische kant op gaan verschillen van studenten die voor een andere richting kiezen en kan tevens in een later stadium worden nagegaan welke factoren een rol spelen bij werktevredenheid en het vastlopen in burnoutklachten en compassion fatigue.

In de onderzoeken naar motivatie om therapeut te worden kwamen consistent moeilijke ervaringen in de kindertijd en het aannemen van een helpersrol terug als mogelijke factoren (Barnett, 2007; Hill et al., 2013; Huynh & Rhodes, 2011; Nikčević et al., 2007). Zoals eerder vermeld kunnen de wonden van therapeuten een negatief effect hebben op de therapie. Ze kunnen in potentie de kwaliteit van therapie echter ook positief beïnvloeden (Zeruvabel & Wright, 2012). Calhoun & Tedeschi (2006) hebben onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van groei na traumatische gebeurtenissen. Wanneer mensen traumatische ervaringen op een adequate manier verwerken kunnen ze groei ervaren. Het kan bijvoorbeeld leiden tot ontwikkeling van diepere interpersoonlijke verbindingen en empathie. Het kan in het geval van de therapeut leiden tot een dieper inzicht in de strubbelingen van de patiënt en meer optimisme over de uitkomst van de therapie. In de toekomst zou er meer onderzoek gedaan kunnen worden naar wat therapeutopleidingen kunnen doen om therapeuten in spé optimaal te laten profiteren van hun moeilijke ervaringen in het verleden.

In het overzichtshoofdstuk over therapeutvariabelen van Beutler et al. (2004) werd geconstateerd dat er onvoldoende bewijs is om aan te nemen dat er merkbaar significante therapeutvariabelen zijn die het behandelingseffect beïnvloeden. Aangezien er voor de huidige review slechts één randomized clinical trial werd gevonden kunnen nog steeds geen zinnige uitspraken gedaan worden over de invloed van therapeuten. Daarom wordt aanbevolen meer RCT's te verrichten naar het effect van therapeuten. Dit kan gedaan worden door therapeuten op variabelen te selecteren en ze at random toe te wijzen aan bepaalde patiënten. Vervolgens kan gekeken worden welke therapeuten het meest succesvol zijn.

In toekomstig onderzoek naar de behandeluitkomst zou verder vaker Routine Outcome Monitoring (ROM) data gebruikt kunnen worden. ROM is het systematisch gebruik van meetinstrumenten om uitkomsten van therapie te meten (Nugter & Buwalda, 2012). Sinds in 2009 het project 'ROM GGZ' startte, met als doel in 2014 50% van de patiënten in de ggz routinematig gebruik te laten maken van meetinstrumenten, is het testen voor, na en op verschillende momenten tijdens de behandeling, steeds meer gemeengoed geworden. Wanneer ROM-data in de toekomst gebruikt kan worden voor onderzoek naar de effectiviteit van therapeuten kan dit voor de onderzoeker veel tijd besparen. Hij hoeft deze data immers

niet meer zelf te verzamelen. Ook worden patiënten hierdoor minder belast. Er hoeven geen extra vragenlijsten worden ingevuld voor onderzoek waar ze aan participeren.

Tot slot wordt aanbevolen het onderzoek naar burnout en de ontwikkeling van modellen voor burnout meer toe te spitsen op de karakteristieken van de persoon die klachten ontwikkelt. In de huidige review komen meerdere correlaties tussen therapeutvariabelen en burnout naar voren. De modellen over burnout gaan met name over de eigenschappen van de werkplek en hebben nauwelijks oog voor het individu (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Richardsen & Burke, 1995).

4.5 Conclusie

Vanwege de alarmerende cijfers over stress bij therapeuten is het van belang een beter beeld te krijgen van de therapeut. In dit onderzoek werd de therapeut voor het eerst belicht in al zijn facetten. Er kwam naar voren dat relatief veel therapeuten in het verleden moeilijke ervaringen hebben meegemaakt en al vroeg een helpende rol moesten aannemen. Er zijn aanwijzingen dat therapeuten met goede relationele vaardigheden, een actieve, probleemoplossende copingstijl en een bepaalde mate van zelftwijfel en neuroticisme gemiddeld gezien betere resultaten behalen dan hun collega's die deze eigenschappen niet hebben. De kans op burnout en compassion fatigue bij de therapeut lijkt groter te zijn wanneer de balans tussen het persoonlijke en professionele leven ontbreekt, de therapeut onvoldoende sociale steun heeft, het gevoel heeft weinig controle te hebben over het verrichte werk en wanneer hij over beperkte mindfulnessvaardigheden beschikt. Veel van de gevonden resultaten werden ondersteund door onderzoek buiten de GGZ. Gezien de correlatieve aard van de onderzoeken in het huidige onderzoek is het van belang in de toekomst meer gerandomiseerd onderzoek te verrichten, zodat er meer duidelijk kan worden over de invloed van verschillende factoren op de therapeut.

Referenties

- *Adams, S.A., & Riggs, S.A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology, 2*(1), 26-34.
- *Anderson, T., Crowley, M.E.J., Himawan, L., Holmberg, J.K., & Uhlin, B.D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 26*(5), 511-529.
- *Anderson, T., McClintock, A.S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C.L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(1), 57-66.
- *Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J., & Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 755-768.
- *Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic Practice, 13*(3), 257-274.
- *Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care, 45*(4), 63-82.
- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (fourth edition)*. New York, Chichester: Wiley.
- Beutler, L.E., Malik, M.L., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (5th edition)*. New York: John Wiley & Sons.
- Borgogni, L., Consiglio, C., & Di Tecco, C. (2016). Temporary workers' satisfaction: The role of personal beliefs. *Journal of Career Assessment, 24*(1), 86-98.
- Brauchli, R., Bauer, G.F., & Hämmig, O. (2011). Relationship between time-based work-life conflict and burnout: A cross-sectional study among employees in four large Swiss enterprises. *Swiss Journal of Psychology, 70*(3), 165-174.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.

- *Briggs, D.B., & Munley, P.H. (2008). Therapist stress, coping, career sustaining behavior and the working alliance. *Psychological Reports*, *103*, 443-454.
- The British Psychological Society (2016). *Psychological therapies staff in the NHS report alarming levels of depression and stress* [persbericht]. Verkregen op 2 oktober 2016, van http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/Comms-media/press_release_and_charter.pdf
- Burke, R.J., Oberklaid, F., & Burgess, Z. (2003). Organizational values, work experiences, and satisfactions among Australian psychologists. *The International Journal of Organizational Analysis*, *11*(2), 123-135.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1–23). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Chan, X.W., Kalliath, T., Brough, P., Siu, O., O’Driscoll, M.P., & Timms, C. (2016). Work-family enrichment and satisfaction: The mediating role of self-efficacy and work-life balance. *The International Journal of Human Resource Management*, *27*(15), 1755-1776.
- *Chapman, B.P., Talbot, N., Tatman, A.W., & Britton, P.C. (2009). Personality traits and the working alliance in psychotherapy trainees: An organizing role for the five factor model? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(5), 577-596.
- *Coleman, D. (2006). Therapist-client five-factor personality similarity: A brief report. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *70*(3), 232-241.
- Cuijpers, P. (2016). *Meta-analyses in mental health research. A practical guide*. Verkregen op 4 maart 2017, van <https://www.meaningmatterscommunity.org/wp-content/uploads/2016/09/2016-Cuijpers-book-meta-analyses.pdf>
- Cushway, D., & Tyler, P. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, *10*, 35-42.
- *D’Souza, F., Egan, S.J., & Rees, C.S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change* *28*(1), 17-28
- De Bolle, M., Johnson, J.G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 378-385.
- Degnan, A., Seymour-Hyde, A., Harris, A., & Berry, K. (2016). The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *23*(1), 47-65.

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 499-512.
- *Di Benedetto, M., & Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: Correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health & Medicine, 19*(6), 705-715.
- DiCaccavo (2002). Investigating individuals' motivations to become counseling psychologists: The influence of early caretaking roles within the family. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 75*, 463-472.
- *Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*(3), 277-290.
- *Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists' interpersonal problems and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17*(2), 149-161.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*(3), 344-354.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies, 64*, 98-107.
- *Emery, S., Wade, T.D., & McLean, S. (2009). Associations among therapist beliefs, personal resources and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change, 26*(2), 83-96.
- Evers, G., Jettinghoff, K., & Wilschut, J. (2014). *Werkgeversenquête 2014: Het HRM-beleid in de sectorzorg en welzijn*. Verkregen op 2 oktober 2016, van http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2015/04/Rapport-Werkgeversenqu%C3%A4te-2014_definitieve-versie.pdf
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gil, E. (1988). *Treatment of adult survivors of childhood abuse*. Walnut Creek, CA: Launch.
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2001). Does depression affect clinical practice? A survey of women psychotherapists. *Women & Therapy, 23*, 13-30.

- Haar, J.M., Russo, M., Suñe, & Ollier-Malaterre, A. (2014). Outcomes of work-life balance on job satisfaction, life satisfaction and mental health: A study across seven cultures. *Journal of Vocational Behavior, 85*(3), 361-373.
- Halbesleben, J.R.B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology, 91*(5), 1134-1145.
- Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health, 13*(3), 235-245.
- *Hardiman, P., & Simmonds, J.G. (2013). Spiritual well-being, burnout and trauma in counsellors and psychotherapists. *Mental Health, Religion & Culture, 16*(10), 1044-1055.
- *Harrison, R.L., & Westwood, M.J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*(2), 203-219.
- Hensel, J.M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C.S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress, 28*, 83-91.
- *Heinonen, E., Lindfors, O., Härkänen, T., Virtala, E., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of working alliance in short-term and long-term psychotherapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 21*, 475-494.
- *Hersoug, A.G., Høglend, P., Havik, O., Von der Lippe, A., & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 100-110.
- *Hill, C.E., Lystrup, A., Kline, K., Gebru, N.M., Birchler, J., Palmer, G., Robinson, J., Um, M., Griffin, S., Lipsky, E., Knox, S., & Pinto-Coelho, K. (2013). Aspiring to become a therapist: Personal strengths and challenges, influences, motivations, and expectations of future psychotherapists. *Counselling Psychology Quarterly, 26*, 267-293.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- *Huynh, L., & Rhodes, P. (2011). Why do people choose to become psychologists? A narrative inquiry. *Psychology Teaching Review, 17*(2), 64-70.

- Injeyan, M.C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayar, D., Atenafu, E.G., & Kaiser, A. (2011). Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of Genetic Counseling, 20*, 526-540.
- Judge, T.A., & Bono, J.E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits – self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control and emotional stability – with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology, 86*(1), 80-92.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S.E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 78*, 519-528.
- *Killian, K.D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology, 14*(2), 32-44.
- Kirkcaldy, B.D., Shephard, R.J., & Furnham, A.F. (2002). The influence of Type A behavior and locus of control upon job satisfaction and occupational health. *Personality and Individual Differences, 33*(8), 1361-1371.
- Kraus, D.R., Castonguay, L., Boswell, J.F., Nordberg, S.S., & Hayes, J.A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research, 21*(3), 267-276.
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., & Lee, S.M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 3*, 252-258.
- Lefcourt, H.M. (1991). Locus of control. In J. Robinson, P. Shaver & L. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*, (pp. 413-499). Cambridge, VS: Academic Press.
- Lim, N., Kim, E.K., Kim, H., Yang, E., & Lee, S.M. (2010). Individual and work-related factors influencing burnout of mental health professionals: a meta-analysis. *Journal of Employment Counseling, 47*, 86-96.
- *Linley, P.A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(3), 385-403.
- Maggiore, C., Johnston, C.S., & Rossier, J. (2016). Contribution of personality, job strain, and occupational self-efficacy to job satisfaction in different occupational contexts. *Journal of Career Development, 43*(3), 244-259.

- *Malinowski, A.J. (2013). Characteristics of job burnout and humor among psychotherapists. *Humor, 26*(1), 117-133.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450.
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The Truth about Burnout*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52*, 397-422.
- Mas-Machuca, M., Berbegal-Mirabent, J., & Alegre, I. (2016). Work-life balance and its relationship with organizational pride and job satisfaction. *Journal of Managerial Psychology, 31*(2), 586-602.
- *Miller, B. (2007). What creates and sustains commitment to the practice of psychotherapy? *Psychiatric Services, 58*(2), 174-176.
- Murphy, R.A., & Halgin, R.P. (1995). Influences on the career choice of psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*(4), 422-426.
- *Nikčević, A.V., Kramolisova-Advani, J., & Spada, M.M. (2007). Early childhood experiences and current emotional distress: What do they tell us about aspiring psychologists? *The Journal of Psychology, 141*(1), 25-34.
- *Nissen-Lie, H.A., Havik, O.E., Høglend, P.A., Monsen, J.T., & Rønnestad, M.H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 483-495.
- *Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., & Rønnestad, M.H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research, 20*(6), 627-646.
- *Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C., & Monsen, J.T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.1977
- Norcross, J.C., & Connor, K.A. (2005). Psychotherapists entering personal therapy: Their primary reasons and presenting problems. In J. D. Geller, J. C. Norcross, & D. E. Orlinsky, (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinical perspectives* (pp. 192–200). New York, NY: Oxford University Press.
- NOS (2016). GGZ: wachtlijsten geestelijke gezondheidszorg steeds langer. Verkregen op 20 januari 2017, van <http://nos.nl/artikel/2137296-ggz-wachtlijsten-geestelijke-gezondheidszorg-steeds-langer.html>

- Nugter, M.A., & Buwalda, V.J.A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(2), 111-120.
- NVGzP (2015). GGZ en jeugdzorg: Toename werkdruk, ziekteverzuim en agressie cliënten. Verkregen op 2 oktober 2016, van <http://www.nvgzp.nl/ggz-toename-werkdruk-ziekteverzuim-en-agressie-clienten/>
- O'Brien, J.L., & Haaga, D.A.F. (2015). Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(6), 414-420.
- Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., & Dayton, D.D. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T., & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67, 1–15.
- Palm, I., Leffers, F., van Egmond, V., & Zeegers, S. (2008). 'Chaos in de GGZ' – een onderzoek naar de marktwerking in de GGZ. Verkregen op 02-03-2017, van https://www.sp.nl/sites/default/files/080612-rapport-chaos-in-de-ggz_1.pdf
- Pattusamy, M., & Jacob, J. (2016). Testing the mediation of work-family balance in the relationship between work-family conflict and job and family satisfaction. *South African Journal of Psychology*, 46(2), 218-231.
- Pearlman, L. A. (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 51–64). Baltimore, MD: Sidran Press.
- Pouwer, F., van der Ploeg, H.M., & Bramsen, I. (1998). Dwalingen in de methodologie. II. Bias door vragenlijsten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142(27), 1556-1558.
- Richardsen, A.M., & Burke, R.J. (1995). Models of burnout: Implications for interventions. *International Journal of Stress Management*, 2(1), 31-43.
- *Rupert, P.A., & Kent, J.S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 88-96.
- *Rupert, P.A., Miller, A.O., Hartman, E.R.T., & Bryant, F.B. (2012). Predictors of career satisfaction among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 495-502.

- Rupert, P.A., Miller, A.O., & Dorociak, K.E. (2015). Preventing burnout: What does the research tell us? *Professional Psychology: Research and Practice, 46*(3), 168-174.
- *Rupert, P.A., Stevanovic, P., & Hunley, H.A. (2009). Work-family conflict and burnout among practicing psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(1), 54-61.
- *Ryan, A., Safran, J.D., Doran, J.M., & Muran, J.C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research, 22*(3), 289-297.
- *Rzeszutek, M., Partyka, M., & Gołaż, A. (2015). Temperament traits, social support, and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 46*(4), 213-220.
- *Rzeszutek, M., & Schier, K. (2014). Temperament traits, social support, and burnout symptoms in a sample of therapists. *Psychotherapy, 51*(4), 574-579.
- Salston, M. D., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 167–174.
- *Samios, C., Abel, L.M., & Rodzik, A.K. (2013). The protective role of compassion satisfaction for therapists who work with sexual violence survivors: An application of the broaden-and-build theory of positive emotions. *Anxiety, Stress, & Coping, 26*(6), 610-623.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 535-546.
- *Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Sodeke-Gregson, E.A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), 1-10.
- *Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*(2), 193-202.
- Schaufeli, W.B., & Buunk, B.P. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In Schabracq, M.J., Winnubst J.A.M, & Cooper, C.L. (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology, second edition* (pp. 383-424). Chichester: Wiley.

- Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 95-99.
- Schut, M. (2015). Afgestudeerde psychologen reageren: 'Mijn diploma is niets waard.' Verkregen op 7 oktober 2016, van <http://demonitor.ncrv.nl/uitbuiting-starters-en-stagiairs/afgestudeerde-psychologen-reageren-mijn-diploma-is-niets-waard>
- Shapiro, S.L., Brown, K.W., & Biegel, G.M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training Education in Professional Psychology*, 1(2), 105-115.
- Sherman, M.D., & Thelen, M.H. (1998). Distress and professional impairment among psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 79-85.
- Showalter, S.E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), 239-242.
- Smith, P.L., & Moss, S.B. (2009). Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 1-15.
- *Stanley, S., Reitzel, L.R., Wingate, L.R., Cukrowicz, K.C., Lima, E.N., Joiner, T.E. (2006). Mindfulness: A primrose path for therapists using manualized treatments? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(3), 327-335.
- Stevanovic, P., & Rupert, P.A. (2004). Career-sustaining behaviors, satisfactions, and stresses of professional psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301-309.
- Sutherland, V.J., & Cooper, C.L. (1990). *Understanding stress: A psychological perspective for health professionals*. London: Chapman and Hall.
- Taylor, N.Z., & Milleer, P.M.R. (2016). The contribution of mindfulness to predicting burnout in the workplace. *Personality and Individual Differences*, 89, 123-128.
- Thieleman, K., & Cacciatore, J. (2014). Witness to suffering: Mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Social Work*, 59(1), 34-41.
- VSNU (2016). Opnieuw recordaantal studenten aan universiteiten. Verkregen op 13 januari 2017, van http://www.vsnu.nl/nl_NL/nieuwsbericht/nieuwsbericht/244-opnieuw-recordaantal-studenten-aan-universiteiten.html

Wang, Q., Bowling, N.A., & Eschleman, K.J. (2010). A meta-analytic examination of work and general locus of control. *Journal of Applied Psychology, 95*(4), 761-768.

*Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., & Roberts, R.D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress, and Coping, 26*(6), 595-609.

Zeruvabel, N., & Wright, M.O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy, 49*(4), 482-491.

*: Artikelen geïnccludeerd in de review.

Bijlage: Zoekopdrachten met aantal zoekresultaten per zoekstelsel.

1. Wat beweegt de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg om dit werk te gaan doen?

(Psychologist OR psychotherapist OR therapist) AND (work motivation OR career motivation OR career choice)

PsychInfo: 96 resultaten. Scopus: 95 resultaten.

2. Wat zijn factoren die een rol spelen in de werkmotivatie van de behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg?

(Psychologist OR psychotherapist OR therapist) AND (job satisfaction OR work satisfaction)

PsychInfo: 171 resultaten. Scopus: 363 resultaten.

3. Welke factoren dragen bij aan het behandelings succes van een behandelaar in de geestelijke gezondheidszorg?

(Psychologist OR psychotherapist OR therapist) AND (treatment effect OR therapeutic alliance) AND (characteristics OR personality)

PsychInfo: 171 resultaten. Scopus: 175 resultaten.

(Psychologist effect OR psychotherapist effect OR therapist effect) AND (treatment effect OR therapeutic alliance)

PsychInfo: 197 resultaten. Scopus: 64 resultaten.

4. Wat zijn factoren die de kans op het ontwikkelen van psychische problemen bij behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg beïnvloeden?

(Psychologist OR psychotherapist OR therapist) AND (stress OR burnout OR compassion fatigue) AND (risk factors OR resilience OR characteristics OR personality OR coping)

PsychInfo: 330 resultaten. Scopus: 372 resultaten.