

ported. With comments on several qualitative evaluations of the test and a look towards future plans we round off this paper.

Personalia

Mark Schittekatte is doctor in de experimentele psychologie en werkzaam aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent als coördinator van het Testpracticum PPW (<http://alisserv.rug.ac.be/~mcovents/Testpracticum/>). Hij is tevens lid van de Commissie Psychodiagnostiek van de Belgische Federatie van Psychologen en van de Raad van Bestuur van de Vlaamse Vereniging voor Schoolpsychologie en het Vlaams Forum voor Diagnostiek in de psychologische en pedagogische begeleiding en hulpverlening.

Opgebrand staat netjes? Prevalentie en mogelijke oorzaken van burn-out bij klinisch psychologen in Vlaanderen

Barbara Lavrysen, Hans De Witte en Patrick Luyten



[S a m e n v a t t i n g]

In deze bijdrage wordt een empirische studie toegelicht over burn-out bij 405 klinisch psychologen van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP). Centraal staat de vraag naar het voorkomen van burn-out maar tevens wordt aandacht besteed aan de mechanismen die vermoedelijk aan de basis liggen van het burn-outfenomeen. Tegen de achtergrond van beschrijvende demografische variabelen peilen we naar de invloed van elementen uit de klinische praktijk en bestuderen we de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener. Verder wordt aandacht besteed aan de mate waarin initiële verwachtingen van psychologen door het huidige werk worden ingelost. De resultaten tonen aan dat in deze onderzoeksgroep burn-out heel weinig voorkomt. Wanneer burn-outverschijnselen toch voorkomen, blijken initiële verwachtingen en de kwaliteit van de therapeutische relatie een sterk bepalend karakter te hebben in de verklaring van burn-out.

Inleiding

Begripsomschrijving

Burn-out wordt doorgaans begrepen als een werkgebonden en situatiespecifiek syndroom gekenmerkt door een combinatie van mentale uitgeblustheid, cynisme en verlaagde bekwaamheid (Freudenberger, 1974; Maslach, 1978; Schaufeli & van Dierendonck, 2000). Onder emotionele uitputting verstaat men een gevoel van emotionele leegte en uitputting van mentale energiereserves. Cynisme of depersonalisatie houdt een vervreemding in van de personen met wie men beroepsmatig te maken heeft. Men devalueert de ander tot een object door een cynische en afstandelijke houding aan te nemen. Een verlaagd gevoel van persoonlijke bekwaamheid weerspiegelt zich in gevoelens van inefficiëntie, in twijfels over de eigen prestaties en in zelfdepreciatie. Volgens de boven-

staande auteurs zou burn-out vaker in contactuele beroepen voorkomen, doordat men continu intensief met (soms moeilijke) mensen moet werken.

Volgens andere definities zou burn-out zich niet louter beperken tot contactuele beroepen (Cherniss, 1980; Leiter, 1992). Niet zozeer werken met mensen als zodanig zou burn-out verklaren, dan wel de 'misfit' of de ervaren discrepantie tussen de inspanningen die men levert en wat men hiervoor in ruil krijgt (Farber, 1991; Glass & McKnight, 1996). Juist deze misfit, ondanks hoge betrokkenheid en inzet, wakkert frustraties, overbelasting en apathie aan (Edelwich & Brodsky, 1980; Schaufeli & Buunk, 1992). In de hulpverlening zou dit proces zich specifiek uiten in het depersonaliseren van cliënten. Cliënten worden door de therapeut als onpersoonlijke 'objecten' behandeld (Schaufeli, van Dierendonck & van Gorp, 1996) om de emotionele ondraaglijkheid binnen de therapie

te counteren (Maslach, 2001). Deze zogenaamde 'erosion of spirit' (Grosch & Olsen, 1994) wordt gevoeld door een toenemende weerzin van het emotioneel beladen werk. Vooral hardwerkende, plichtsgetrouwe en idealistische personen zouden gefrustreerd geraken, omdat het werk hen confronteert met tekortkomingen en onvermogen om doelen te bereiken (Freudenberg & Richelson, 1980; in: Schmidt, 2000). Een ervaren gebrek aan wederkerigheid, overigens inherent aan de aard van het therapeutisch contact (Maslach, 1978; Deutsch, 1984), maakt dat men de eigen investeringen in het contact met cliënten vermindert, wat op zijn beurt leidt tot het verlagen van de therapeutische outcome (Schaufeli e.a., 1996).

Onderzoek naar burn-out in de lage landen

Prevalentiestudies wereldwijd hebben voor beroepsgroepen zoals artsen, verpleging, tandartsen en politieagenten hoge burn-outcijfers doen aftekenen (Farber & Heifetz, 1982; Onyett & Pilling, 1997; Vredenburg, Cariozzi & Stein, 1999). In de lage landen is vooral Nederland koploper wat studies over burn-out betreft (Schaufeli & Buunk, 1992; Houtman, Schaufeli & Taris, 2000). Houtman e.a. (2000) geven aan dat 3 tot 7% van de algemene beroepsbevolking in Nederland ernstig psychisch vermoeid is. In contactuele beroepen beantwoordt ongeveer 4% aan de criteria van 'klinische burn-out'. Klinisch opgebrande mensen hebben minstens evenveel burn-outklachten als het gemiddelde van een groep werknemers die door een bedrijfsarts, psychiater of psycholoog als 'klinisch burn-out' wordt gediagnosticeerd en hier voor onder psychotherapeutische behandeling is (Schaufeli & van Dierendonck, 2000). Deze personen voldoen aan het criterium neurasthenie zoals beschreven in de ICD-10, op voorwaarde dat de klachten betrekking hebben tot het werkdomein. Daarnaast blijkt 16% tot 22% van de Nederlandse beroepsbevolking een verhoogd risico op burn-out te lopen (meer burn-outklachten rapporteren in vergelijking met collega's). Koplopers in de gezondheidszorg zijn huisartsen (41%), psychiater (22%), maatschappelijk werkers (17%) en psychotherapeu-

ten (15%). Psychologen zouden zo'n 10% kans op burn-outklachten hebben. Hoewel dit risico niet verwaarloosbaar is, wordt vastgesteld dat slechts 3% de beoordeling 'klinisch burn-out' krijgt.

Voorzover ons bekend, bestaat er geen systematisch empirisch onderzoek over het voorkomen van burn-out bij klinisch psychologen in Vlaanderen. Deze studie tracht aan deze lacune binnen stressonderzoek bij deze hulpverleners, althans voor Vlaanderen, tegemoet te komen. In dit artikel belichten we twee basisvragen:

- Wat is het voorkomen van burn-out bij klinisch psychologen in Vlaanderen?
- Waaraan kunnen we dit voorkomen toeschrijven?

Hieronder geven we een overzicht van verklaringsmechanismen uit de literatuur die de basis hebben gevormd voor dit onderzoek: achtergrondkenmerken, de klinische praktijk en initiële verwachtingen en de therapeutische relatie met cliënten.

Verklaringen

Achtergrondkenmerken

Empirisch onderzoek levert geen eenduidige aanwijzingen over de aard van de samenhang tussen burn-out en demografische variabelen. Doorgaans wordt echter het volgende aangenomen:

- dat vooral oudere, meer ervaren werknemers opgebrand raken;
- dat vooral vrouwen meer emotioneel uitgeput zijn;
- dat mannen cynischer zijn, maar zich wel bekwaam voelen.

Verder wordt aangenomen dat alleenstaanden sneller burn-out raken dan gehuwden of samenwonenden en dat hoger opgeleiden vaker uitgeblust zijn (Houtman e.a., 2000; Schaufeli & van Dierendonck, 2000; Maslach, 2001).

Klinische praktijk

Het meest vatbaar voor burn-out blijken personen te zijn die voltijds in dienstverband werken (Farber & Heifetz, 1982; Onyett & Pilling, 1997).

1997; Raquepaw & Miller, 1989; Vredenburg e.a., 1999). Zelfstandige psychologen hebben veelal meer autonomie, een hoger inkomen en meer duidelijkheid over hun taak. Ze rapporteren hierdoor minder cynisme en voelen zich meer persoonlijk bekwaam (Vredenburg e.a., 1999). Een groter aantal cliënten (Raquepaw & Miller, 1989) met zware (Vredenburg e.a., 1999), chronische belastende probleematiken (Maslach, 1978; Grosch & Olsen, 1994; Torrado Oubiña, Martínez Calvo & Fernández-Ríos, 1997), zou eveneens uitputting en cynisme bij de hulpverlener in de hand werken (Payne, 1989).

Realisatie van initiële verwachtingen

Verwachtingen bij het begin van de loopbaan bepalen grotendeels hoe men zich instelt ten aanzien van het werk dat men doet (Glass & McKnight, 1996). Diezelfde verwachtingen determineren mogelijks de graad van betrokkenheid bij het werk: (onrealistisch) hoge verwachtingen zouden een ervaren gebrek aan wederkerigheid in de hand werken zodat men het eigen engagement terugthroeft (Schaufeli & Buunk, 1992). De mate waarin men gefrustreerd geraakt over verwachtingen, bepaalt dan ook hoe men zich niet enkel in het sociaal contact, maar ook in de hulpverleningsrelatie manifesteert. Frustraties zouden voortkomen uit onaangepaste verwachtingen ten aanzien van psychotherapie en ten aanzien van vooruitgang bij cliënten (Dayton, 1991). Verhoopte successen die niet gerealiseerd worden, zouden het gevoel van persoonlijke bekwaamheid aantasten. Mensen zijn overigens geneigd hun inspanningen en beloningen onderling af te wegen en te toetsen (Geurts, Schaufeli & de Jonge, 1998). Het niet ingelost raken van verwachtingen omtrent het persoonlijk welbevinden en de ontplooiings- en doorgroei mogelijkheden binnen de professionele context, leiden op termijn tot uitputting (Cherniss, 1980; in: Schaufeli, van Dierendonck & van Gorp, 1996). Anderzijds zijn vage en ambigue verwachtingen evenmin bevorderlijk voor professionele voldoening (Savicki & Cooley, 1987). Vanuit psychoanalytische hoek wordt gesuggereerd

dat psychoanalytische therapeuten meer kwetsbaar zijn voor burn-out omdat zij door hun neutrale basishouding gemakkelijker dreigen te verglijden in afstandelijkheid, wat het risico op burn-outverschijnselen doet toenemen (Horner, 1993).

Therapeutische relatie

De houding van de therapeut blijkt uiterst belangrijk in de therapeutische relatie: zowel 'overbetrokkenheid' (Maslach, 1978; Grosch & Olsen, 1994) als 'koele afstandelijkheid' (Savicki & Cooley, 1987; Grosch & Olsen, 1994; de Jong, 2000) zijn gezinszins bevorderlijk voor het contact met cliënten. Therapeuten blijken zich het meest bekwaam te voelen wanneer de sfeer in de therapiekamer en de relatie met de cliënt goed zitten. De (gepercipieerde) efficiëntie komt echter in het gedrang wanneer duidelijkheid of harmonie over therapiedoelen ontbreekt (Gildewell & Livert, 1992) of wanneer therapeuten een eenzijdige aanpak hanteren (Leijssen, 1998). Telkens wanneer therapeuten weinig erkenning of dankbaarheid krijgen, wordt hun gevoel van efficiëntie aangetast (Deutsch, 1984). Een mogelijke 'afstraffing' is dan het depersonaliseren van cliënten en hen op die manier het uitlijven van vooruitgang in de therapie aan te wijven (de Jong, 2000). Uit onderzoek van Farber en Heifetz (1981) is gebleken dat therapeuten de spanning of het evenwicht tussen afstand en nabijheid inderdaad als belastend ervaren.

Onderzoekshypothesen

In eerste instantie willen wij het verband nagaan tussen demografische kenmerken (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en aantal extra opleidingen) en klinische praktijkgegevens (voltijds of deeltijds werken; als zelfstandige of in dienstverband werken; aantal jaren ervaring; hulpverleningslijn; caseload; aard en ernst van de problematiek van cliënten; theoretische oriëntatie) en burn-out bij klinisch psychologen. Wij beschouwen een eventuele samenhang als beschrijvend voor het kwetsbaarheidsprofiel van onze respondenten.

Onze hoofdinteresse gaat echter uit naar de vermoede verklarende invloed van initiële verwachtingen en van de therapeutische relatie op de ontwikkeling van burn-out bij klinisch psychologen. Op basis van voorgaand onderzoek kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd:

- Er is een positief verband tussen niet-ingeloste verwachtingen over de relatie met cliënten en burn-out (zichtbaar in een verlaagd gevoel van persoonlijk bewaamheid).
- Er is een positief verband tussen niet-ingeloste verwachtingen over persoonlijk welbevinden en doorgroei mogelijkheden en burn-out (zichtbaar in emotionele uitputting).
- Er is een positief verband tussen een door de psycholoog negatief ervaren therapeutische relatie en burn-out.

Methode

Dataverzameling

In september 2002 werd via een interne mailing van de VVKP¹ een anonieme vragenlijst verzonden naar het toenmalige ledenbestand (N = 849; momenteel N = 902). De vrij hoge respons van 80,2% getrouwd of samenwonend is. Bijna de helft heeft één of meerdere kinderen.

Respondenten

Voor de beschrijving en representativiteit van onze steekproef doen wij een beroep op een vergelijking met sociodemografische steekproefkarakteristieken van Nederlandstalige psychotherapeuten uit het onderzoeksproject 'Beroepsprofiel van de psychotherapeut in België' van Lietaer, Van Broeck en Igodt (2003) (tabel 1).

We stellen vast dat er sprake is van overlap, zij het dat onze VVKP-psychologen gemiddeld zes jaar jonger zijn, de verdeling van de geslachten in onze dataset minder gelijkmatig is (groter aandeel vrouwen), klinisch psychologen in ons onderzoek niet noodzakelijk gevormd zijn tot psychotherapeut en heel wat minder psychologen ambulant en semimuraal werken. Aanvullend vermelden we dat 52,2% van onze steekproef de voorbije 13 jaar is afgestudeerd. Onze

[T a b e l l] Vergelijking steekproefkarakteristieken.

	Ons onderzoek van 2002	Lietzer, Van Broeck & Igodt (2003)
Leeftijd	M = 36.33 (SD = 10.17)	M = 42 (SD = 10.1)
Geslacht	27,7% mannen 71,1% vrouwen	41,3% mannen 58,7% vrouwen
Psychotherapieopleiding	45,4% voltooid 13,8% nog lopende	84,5% voltooid
Ambulant	34,8% (primaire) 13,8% (secundaire)	56,7% (primaire) 79,3% (secundaire)
Semimuraal	4,9% (primaire) 0,5% (secundaire)	11,2% (primaire) 10,5% (secundaire)
Residentieel	35,6% (primaire)	32,1% (primaire)
Theoretische oriëntatie	17,3% psychoanalytisch 31,4% gedragstherapeutisch 36,2% cliëntgericht 30,4% systeemgericht	21,6% psychoanalytisch 17,6% gedragstherapeutisch 21% cliëntgericht 24,5% systeemgericht

respondenten hebben gemiddeld 11.27 jaar ervaring. Slechts 18,5% is alleenstaande, terwijl 80,2% getrouwd of samenwonend is. Bijna de helft heeft één of meerdere kinderen.

Meeinstrumenten

Burn-out

Burn-out werd nagegaan aan de hand van de *Utrechtse Burn-out Schaal, versie contactuele beroepen* (UBOS-C; Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). Deze schaal bestaat uit 20 items die worden beoordeeld op een zevenpunten-schaal van het Likert-type. Deze items situeren zich op drie burn-oudimensies: *Emotionele Uitputting (EU)* (8 items, bijvoorbeeld: 'Ik voel me mentaal uitgeput door mijn werk'; 'De hele dag met mensen werken vormt een zware belasting voor mij'); *Depersonalisatie (DEP)* (5 items, bijvoorbeeld: 'Ik maak me zorgen dat mijn werk me gevoelsmatig afstompt'; 'Ik heb het gevoel dat ik sommige cliënten te onpersoonlijk behandel'); *Persoonlijke Bekwaamheid (PB)* (7 items, bijvoorbeeld: 'Ik weet de problemen van mijn cliënten adequaat op te lossen'; 'Ik heb in deze baan al vele waardevolle dingen bereikt'). Alle items worden gescoord op een schaal gaande van 0 ('nooit') tot en met 6 ('altijd'). Als index voor interne consistentie van de drie schalen EU, DEP en PB noteren we respectievelijk een betrouwbaarheid (Cronbach's alfa) van .87, .67 en .77.

Achtergrondkenmerken

De vragenlijst bevatte een bevraging van het demografische profiel van de klinisch psycholoog: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, aantal en leeftijd van kinderen, jaar van afstuderen en extra opleidingen naast het diploma van licentiaat in de psychologie.

Klinische praktijkvariabelen

Voor deze variabelen ontleenden we onze vragen geheel aan de *Enquête Psychotherapie*, samengesteld door Trijsburg, Lietaer, Colijn, Van Broeck en Igodt (2000):

- momenteel klinisch actief of niet;
- gemiddeld aantal uren per week besteed aan beroepsmatige activiteiten²;
- soort gesprekken/begeleiding³;
- aard en ernst van de problematiek van cliënten⁴;
- aard van primaire en/of secundaire werking;
- hulpverleningslijn;
- theoretische hoofdoriëntatie.

Realisatie van initiële loopbaanverwachtingen

Op basis van een publicatie van Edelwich en Brodsky (1980) werd in Nederland door van der Doef en haar collega's een tweeledige schaal ontwikkeld, bestaande uit 13 items verdeeld over twee onderliggende dimensies: *verwachtingen ten aanzien van de werkrelatie met mijn cliënten* (bijvoorbeeld: 'waardering krijgen van mijn cliënten') en *verwachtingen ten aanzien van persoonlijk welbevinden* (bijvoorbeeld: 'individuele ontwikkeling en doorgroei mogelijkheden'). Op een zevenpunten-schaal wordt uitgedrukt in welke mate een welbepaald verwachting minder (score 1) of meer (score 7) is uitgekomen dan verwacht. De schalen bevatten respectievelijk acht en vier items en hebben een Cronbach's alfa van .75 en .72. Voor beide schalen geldt dat een hoge score op een item aangeeft dat de huidige situatie in grote mate overeenstemt met wat men vroeger had verwacht.

Therapeutische relatie met cliënten

Deze variabele wordt geoperationaliseerd via de *Werkaliantievragenlijst* (Vervaeke & Vervaeke, 1996) die, bij navraag van de beleving van de therapeut, toelaat na te gaan op welke wijze hij/zij een *emotionele band met cliënten* ervaart. Deze vragenlijst werd in dit onderzoek onder verkorte versie afgenomen door middel van de 'bandschaal', bestaande uit 12 items (bijvoorbeeld: 'Mijn cliënten en ikzelf vertrouwen elkaar'), uitgedrukt op een vijfpunten-schaal, gaande van nooit (score 1) tot altijd (score 5). Cronbach's alfa voor deze schaal bedraagt .72, mits het weglaten van de items D301

(‘Ik voel me ongemakkelijk bij mijn cliënten’) en D311 (‘Mijn cliënten zijn bang dat wanneer zij foute dingen zeggen of doen, ik niet meer met hen zal willen werken’).

Resultaten

Data-analyse

In de voorbereidende analyses werd gebruikgemaakt van student's t-toetsen op gemiddelden voor onafhankelijke steekproeven, correlatiecoëfficiënten en eenwegs variantieanalyses (Cohen & Cohen, 1975). Daarbij worden de gemiddelden van verschillende groepen via een post hoc Tukey-toets met elkaar vergeleken (de ‘aard’ en de ‘ernst van de problematiek van cliënten’). Sommige onafhankelijke variabelen worden eerst omgezet in dummyvariabelen (‘werkstatuut’, ‘hulpverleningslijn’, ‘theoretische oriëntatie’). De numerieke variabelen ‘aantal jaren ervaring’ en ‘aantal extra opleidingen’ worden na exploratieve t-toetsing als dummyvariabelen (met als cut-offscore het gemiddelde) in de regressieanalyse opgenomen. Voor ‘leef tijd’ en ‘ervaring’ wordt aan de hand van de ‘Deviation from Linearity’ (DFL) getoetst of het verband lineair van aard is. Hetzelfde werd gedaan voor de variabelen ‘aantal contacturen’ en ‘aantal cliënten’.

Nadien werden enkel die variabelen die significant zijn gebleken uit de voorbereidende analyses, onderworpen aan hiërarchische multivariate lineaire regressieanalyses (Cohen & Cohen, 1975) waarbij een eerste blok met achtergrondkenmerken steeds als controlevariabele wordt

se referentiegroepen. Vergeleken met gezonde werknemers zijn Vlaamse klinisch psychologen even emotioneel uitgeput, minder cynisch, maar voelen ze zich opvallend minder bekwaam. Verder blijken klinisch psychologen in Vlaanderen zich minder uitgeput en cynisch te voelen dan klinisch opgebrande werknemers, hoewel hun beleving van bekwaamheid niet verschilt. Vergeleken met de specifieke normgroep zijn klinische psychologen in Vlaanderen significant minder uitgeput, maar voelen ze (voornamelijk vrouwelijke leden) zich duidelijk meer cynisch en beduidend minder bekwaam.

Combinaties tussen de afzonderlijke schalen van burn-out laten toe uitspraken te doen in termen van ‘burned out’: een (zeer) hoge score op EU (boven het 75ste percentiel) met ofwel een (zeer) hoge score op DEP (boven het 75ste percentiel) ofwel een (zeer) lage score op PB (benen het 25ste percentiel) is indicatief voor een verhoogd risico op burn-out (Schaufeli & van Dierendonck, 2000). Iets meer dan 16% van onze klinisch psychologen voldoet in vergelijking met de specifieke normgroep aan de combinatie van zeer hoge EU met zeer lage PB. Samenvalt stellen we dat onze Vlaamse klinisch psychologen in vergelijking met hun Nederlandse collega's (psychologen, psychiaters, psychotherapeuten en paramedici) beduidend minder uitgeput zijn, maar ze rapporteren meer cynisme (vooral vrouwen) en voelen zich minder bekwaam. Opvallend is dat het gevoel van bekwaamheid van VVKP-leden vergelijkbaar is met opgebrande werknemers in Nederland.

Vergeleken met gezonde en met klinisch opgebrande werknemers ligt het cynisme laag.

[T a b e l 2] Vergelijking schaaalgemiddelden VVKP-leden met normgroepen.

VVKP	EU	DEP man	DEP vrouw	PB
	M = 1.78	M = 1.14	M = 1.02	M = 3.38
Gezonde werknenden	M = 1.78 n.s.	M = 1.27 *	M = 1.12 **	M = 4.21 ***
Klinisch opgebrande	M = 3.62 ***	M = 2.03 ***	M = 2.03 ***	M = 3.47 n.s.
Specifieke normgroep	M = 1.96 **	M = .98 *	M = .79 ***	M = 4.85 ***

Noot: Gemiddelden met verschillende subscripten zijn significant verschillend.
* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

< .01), rapporteren significant meer emotionele uitputting dan hun collega's. Verder blijken VVKP-leden die voltijds ($r = .12$; $p < .01$) werken, iets meer cynisch te zijn. We zien dat klinisch psychologen die in dienstverband werken ($r = -.24$; $p < .001$), zich opvallend minder bekwaam voelen dan hun zelfstandige collega's ($r = .14$; $p < .01$). Minder ervaren ($r = .15$; $p < .01$) VVKP-leden en zij die op de derde hulpverleningslijn werken ($r = .13$; $p < .05$) met cliënten met ernstige problemen ($r = .12$; $p < .01$), blijken zich minder bekwaam te voelen. Psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerde klinisch psychologen ($r = -.15$; $p < .01$) rapporteren ook een lagere bekwaamheid. Zoals verder zal worden aangehaald, beschouwen we de waarde van blok 1 (achtergrondkenmerken) en 2 (klinische praktijkvariabelen) eerder als beschrijvend dan verklarend voor burn-out.

Verklarende analyses

Voorbereidende analyses tonen aan dat steun kan worden gevonden voor elk van de door ons gestelde hypothesen. Zo zien we:

- een significante samenhang tussen niet-ingeloste verwachtingen ten aanzien van de therapeutische relatie met cliënten en EU ($r = -.14$; $p < .01$), DEP ($r = -.23$; $p < .001$) en meest opvallend met verlaagde PB ($r = -.44$; $p < .001$);
- een significante samenhang tussen niet-ingeloste verwachtingen over persoonlijk welbevinden en EU ($r = -.42$; $p < .001$), DEP ($r = -.26$; $p < .001$) en verlaagde PB ($r = -.28$; $p < .01$);
- een significant negatief verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en EU ($r = -.26$; $p < .001$), DEP ($r = -.40$; $p < .001$) en verlaagde PB ($r = -.59$; $p < .001$).

In tabel 3 worden de hiërarchische multipele regressieanalyses voor elke burn-outdimensie weergegeven.⁵ We stellen vast dat beschrijvende achtergrondkenmerken en klinische praktijkvariabelen slechts een minimale unieke bijdrage leveren tot de voorspelling van de verschillende burn-outdimensies (R^2 change draagt na stap 1 voor EU slechts .03; na stap 2

voor DEP slechts .02 en .08 voor verlaagde VPB). Onze aandacht wordt vooral gevestigd op de voorspellende waarde van Blok 3. Conform onze hypothesen zien we in de regressieanalyses dat verwachtingen over de werkkrelatie met cliënten sterk significant bijdragen tot de voorspelling van persoonlijke bekwaamheid ($\beta = -.201; p < .001$), net zoals verwachtingen over persoonlijk welbevinden dat doen voor emotionele uitputting ($\beta = -.392; p < .001$). In minder mate, doch ook significant, voorspellen

we ook gezien dat dergelijke frustraties ook zorgen voor verhoogd cynisme en verlaagde geprecieerde efficiëntie. Burn-out wordt in sterke mate bepaald door de perceptie van de therapeut over zijn/haar relatie met cliënten. De kwaliteit van deze emotionele band is indicatief voor het welzijn van de Vlaamse klinisch psycholoog. Gebrek aan vertrouwen, respect en wederzijdse zorg in deze relatie blijken vooral indicatief voor verlaagde bekwaamheid (cf. Deusch, 1984; Glidewell & Livert, 1992; Leijssen, 1998), maar ook voor verhoogd cynisme en meer emotionele uitputting. Samenvattend kunnen we stellen dat vermijden van burn-out vermoedelijk een continu bijstellen van verwachtingen inhoudt. Permanente evaluatie en bijsturing kunnen verhinderen dat klinisch psychologen voorbijgaan aan wat therapeutisch werk werkelijk inhoudt: samen met de cliënt zoeken naar een veilige context waarbinnen openheid wordt toegelaten zodat belangen niet worden verwaarloosd, maar evenmin allesomvattend worden. Het bewaren van een goed evenwicht tussen afstand en nabijheid, alsook samen met de cliënt therapiedoelen afstemmen en evalueren, kan bijdragen tot een goed therapeutisch contact dat cruciaal is voor het welzijn van de cliënt, maar ook voor de therapeut. Zo kunnen we veronderstellen dat het risico op burn-out toeneemt naarmate het therapeutisch contact moeizamer verloopt, zoals bijvoorbeeld het geval is bij sommige borderlinepatiënten (Linehan e.a., 2000; Gregory, 2004). Dientengevolge zullen onaangepaste verwachtingen, twijfels en wederzijdse ambigue gevoelens weinig ruimte toelaten om een context te scheppen waarbinnen dit wel mogelijk wordt. Mogelijks bieden bewustwording hiervan tijdens de studies klinische psychologie en een stevige psychotherapeutische opleiding reeds belangrijke en noodzakelijke voorzorgen die klinisch psychologen erover helpen waken dat zij niet opgebrand raken.

Beperkingen en suggesties voor verder onderzoek

Ten eerste is crosssectioneel onderzoek ter evaluatie van werkbeleving allicht onderhevig aan

Discussie

Synthese

Dit onderzoek was gericht op het beantwoorden van twee vragen:

- Komt burn-out voor bij klinische psychologen in Vlaanderen?
- Hoe kunnen we burn-out verklaren in deze steekproef?

Vergelijkend met Nederlandse normen leert dat Vlaamse klinisch psychologen het best te vergelijken zijn met academische hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten en paramedici). Vlaamse klinisch psychologen blijken opvallend minder uitgeput te zijn dan deze collega's uit Nederland, hoewel ze duidelijk meer cynisme en lagere bekwaamheid rapporteren. Meer dan 16% van de VVKP-leden vertoont vergeleken met deze normgroep verhoogde risico's op burn-out (combinatie zeer hoge uitputting met zeer lage bekwaamheid). Het meest frappant is dat onze respondenten zich opvallend weinig bekwaam voelen aangezien zij hierin niet verschillen van klinisch opgebrande werknemers. Verder onderzoek naar de verklaring van deze lage gevoelens van bekwaamheid en verschillen met Nederlandse collega's in het algemeen is nodig.

Uit deze studie blijkt alvast dat achtergrondkenmerken en klinische praktijkvariabelen weinig kunnen voorspellen over burn-out bij klinisch psychologen. Niet of slechts ten dele ingeloste verwachtingen en een kwalitatief minder goede relatie met cliënten daarentegen blijken burn-outverschijnselen in belangrijke mate te voorspellen. Twijfels over de persoonlijke bekwaamheid nemen toe als verhoopte successen met cliënten niet worden vervuld, het verlangen van de therapeut naar waardering van cliënten niet wordt ingelost of wanneer de therapeuten hun betekenis voor hun cliënten in vraag stellen (cf. Dayton, 1991). Het lijkt dus dat frustraties over individuele ontwikkeling en doorgroei-mogelijkheden en niet-inge vulde verwachtingen over aanzien en beroepsstatus in belangrijke mate de graad van emotionele uitputting verhogen (cf. Cherniss, 1980). Anderzijds hebben

[T a b e l 3] Hiërarchische multiële regressieanalyse van alle burn-outdimensies.

	EU		DEP		VPB	
	β		β		β	
STAP 1: Achtergrondkenmerken						
Leeftijd	.093 n.s.					
Aantal extra opleidingen	.079 n.s.					
F change (bij stap 1)	4.165 *					
R ² change (bij stap 1)	.03					
STAP 2: Klinische praktijk						
Volgtijds werken			.116 *			
In dienstverband	.019 n.s.				.033 n.s.	
Zelfstandige						-.058 n.s.
Aantal jaren ervaring	-.031 n.s.					-.106 *
Aard van de problematiek	.132 *					
Ernst van de problematiek	.081 n.s.					-.017 n.s.
Hulpverleningslijn						-.055 n.s.
Psychoanalytisch						.131 **
F change (bij stap 2)	3.597 **		2.840		4.220 ***	
R ² change (bij stap 2)	.06		.02		.08	
STAP 3: Initieële verwachtingen en therapeutische relatie						
Werkrelatie met cliënten	.028 n.s.		-.062 n.s.			-.201 ***
Persoonlijk welbevinden	-.392 ***		-.192 **			-.106 *
Therapeutische relatie	-.185 **		-.362 ***			-.417 ***
F-waarde	11.266 ***		19.196 ***		21.197 ***	
Vrijheidsgraden	(3.270)		(3.280)		(3.285)	
R	.54		.50		.63	
R ²	.29		.26		.40	
R ² (aangepast)	.27		.24		.38	
F change (bij stap 3)	26.189 ***		29.528 ***		50.775 ***	
R ² change (bij stap 3)	.20		.24		.32	

* = p < .05; ** = p < .01; *** = p < .001

subjectieve en momentane registraties van de beleving van klinisch psychologen. Om die reden sluit een eenmalige beoordeling per definitie analyse van veranderingsprocessen en causale uitspraken uit. Zo zou longitudinaal onderzoek meer inzichten kunnen bieden over processen die verwachtingen sturen doorheen de loopbaan, zodat een beroep kan worden gedaan op meer betrouwbare beoordelingen dan retrospectief. Ook zou bevraging van het cliëntperspectief een meerwaarde kunnen betekenen bij het in kaart brengen van de ervaren kwaliteit van de therapeutische relatie.

Ten tweede dient opgemerkt dat de vrij hoge respons en de objectieve overlap met het onderzoek van Lietaer e.a. (2003) enerzijds de gedane uitspraken over burn-out aan betrouwbaarheid doen winnen. Anderzijds kunnen onze uitspraken over burn-out enkel met de nodige voorzichtigheid worden gehanteerd, vermits de VVKP geen volledige representatie vormt van alle klinisch psychologen in Vlaanderen. Verder hebben we bij de bespreking van de prevalentie van burn-out reeds aangegeeft dat Vlaamse normgegevens van cruciaal belang zijn om gelidige uitspraken te kunnen doen, vermits de UBOS-handleiding ons niets kan vertellen over mogelijke culturele verschillen.

Ten slotte lijkt het ons zinvol om in toekomstig onderzoek te kijken naar de aanwezigheid van werksstressoren en hulbronnen in het werk zoals gesuggereerd door arbeidspsychologische verklaringmodellen, zoals het Job Demand-Control Model (Karasek, 1979) en het Job Demand-Resources Model (Bakker, 2001; 2003). De relevantie van deze modellen in de verklaring van burn-out (Schaufeli & van Dierendonck, 2000; Maslach, 2001) belooft verder inzichten te kunnen geven in het welzijn van klinisch psychologen. Zo is het mogelijk dat een groot deel van de niet-verklaarde variantie van burn-out bij klinisch psychologen toe te schrijven is aan jobkenmerken, maar mogelijks ook aan persoonlijkheidskenmerken die leiden tot onaangepaste verwachtingen (de Vries & van Heck, 2000; Schaufeli & van Dierendonck, 2000) of aan negatieve home-work-interference (Peeters, Montgomery, Bakker & Schaufeli, 2005).

Noten

1. De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen is de grootste deelvereniging van de Belgische Federatie van Psychologen (BFP). Voor meer informatie verwijzen we naar www.vwkp.be.
2. (a) Diagnostiek, assessment, intake, (b) behandeling en begeleiding (psychotherapie en/of counseling): aantal contacturen en aantal cliënten, (c) inter- en supervisie, dossierstudie, bijscholing en administratie, (d) preventie.
3. Individuele gesprekken met volwassenen (a) of kinderen (b), groeps gesprekken (c), echtpaar- en relatiegesprekken, (d) gezinsgesprekken, (e) andere.
4. (Aard): acuut, chronisch of beide, (ernst): uitsluitend (a) en voornamelijk (b) alledaagse levensproblemen, een combinatie van alledaagse levensproblemen en ernstige psychopathologie (c), voornamelijk (d) en uitsluitend (e) ernstige psychopathologie.
5. De tabel geeft de β -waarden van de laatste stap van de analyses weer (na invoer van Blok 3). Ter informatie staan in de tabel na elk blok ook de F change- en R^2 change-waarden, zodat we kunnen zien wat de unieke verklaarde variantie is na invoer van Blok 1 en 2.

Literatuur

- Bakker, A.B. (2001). Hoe werkomstandigheden van invloed zijn op werksstress en burn-out: het WEB-model. In C. Hoogduin, W.B. Schaufeli, C. Schaaap, & A.B. Bakker (Eds.), *Behandlungsstrategieën bij burn-out* (pp. 21-39). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bakker, A.B. (2003). Bevolgen aan het werk: hoe Nederland haar eigen energiebronnen kan creëren. In K. Verhaar (Ed.), *Sociale verkenningen 4: Waarden en normen* (pp. 119-141). Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burn-out: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1975). *Applied multiple regression/Correlation analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dayton, G.D. (1991). The role of irrational/exaggerated therapists beliefs in the experience of burn-out among clinical psychologists. *Dissertation Abstracts International*, 52(9), 4970-B.
- De Jong, R.D. (2000). Burn-out: het noodlot van de betrokken hulpverlener? *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 38(1), 39-51.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burn-out. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Deutsch, C. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(6), 833-845.
- De Vries, J., & van Heck, G.L. (2000). Persoonlijkheid en emotionele uitputting. Een overzicht van de literatuur. *Cedrag en Organisatie*, 28(3), 90-105.
- Edelwich, J.M.S.W., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out*. New York: Human Sciences Press.
- Farber, B.A., & Heifetz, L.J. (1981). The satisfaction and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology*, 12(5), 621-630.
- Farber, B.A., & Heifetz, L.J. (1982). The process and dimensions of burn-out in psychotherapists. *Professional Psychology*, 13(2), 293-301.
- Farber, B.A. (1991). *Crisis in education: Stress and burn-out in the American teacher*. San Francisco: Jossey-Bass Publishing.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Geurts, S., Schaufeli, W.B., & de Jonge, J. (1998). Burn-out and the intention to leave among mental health-care professionals: A social psychological approach. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(3), 341-362.
- Glass, D.C., & McKnight, J.D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burn-out: A review of the evidence. *Psychology and Health*, 11, 23-48.
- Glidewell, J.D., & Livert, D.E. (1992). Confidence in the practice of clinical psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(5), 365-368.
- Gregory, R.J. (2004). Thematic stages of recovery in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 58(3), 335-348.
- Grosch, W.N., & Olsen D.O. (1994). *When helping starts to hurt: A new look at burn-out among psychotherapists*. New York: Norton.
- Hornor, A.J. (1993). Occupational hazards and characterological vulnerability: The problem of 'burn-out'. *The American Journal of Psychoanalysis*, 53(2), 137-142.
- Houtman, I., Schaufeli, W.B., & Tans, T.W. (2000). *Psychische vermoeidheid en werk: cijfers, trends en analyses*. Alphen aan den Rijn: Samson.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Leijssen, M. (1998). De therapeut. In W. Trijsbrug, S. Cailin, G. Lietaer, & E. Columbian (Eds.), *Handboek Integratieve Psychotherapie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Letter, M.P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2), 107-115.
- Lietaer, G., Van Broeck, N., & Igodt, P. (2003). *Het profiel van de psychotherapeut in België: Niet gepubliceerd onderzoeksrapport gefinancierd door het Federaal Ministerie van Volksgezondheid*. Brussel.
- Linehan, M.M., Cochran, B.N., Mar, C.M., Levensky, E.R., & Comtois, K.A. (2000). Therapeutic burnout among borderline personality disordered clients and their therapists: Development and evaluation of two adaptations of the Maslach Burnout Inventory. *Cognitive Behavioral Practice*, 8(3), 329-337.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 34(4), 111-124.
- Maslach, C. (2001). Job burn-out. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Onyett, S., & Pillingier, T. (1997). Job satisfaction and burn-out among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6(1), 55-67.
- Payne, L.M. (1989). Preventing rehabilitation counselor burn-out by balancing the caseload. *Journal of Rehabilitation*, Okt./Nov./Dec., 20-24.
- Prevalentie en mogelijke oorzaken van burn-out bij klinisch psychologen in Vlaanderen

Peeters, M.C.W., Montgomery, A.J., Bakker, A.B., & Schaufeli, W.B. (2005). Balancing work and home: How job and home demands are related to burn-out. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43-61.

Raquepaw, J.M., & Miller, R.S. (1989). Psychotherapist burn-out: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 32-36.

Savicki, V., & Cooley, E. (1987). The relationship of work environment and client contact to burn-out in mental health professionals. *Journal of Counseling and Development*, 65, 249-253.

Schaufeli, W.B., & Buunk, B. (1992). Burn-out. In J. Winnubst, & M. Schlabracq (Eds.), *Handboek Arbeid en Gezondheid Psychologie* (pp. 1055-1093). Hoofdstuk 5. Utrecht: Lemma.

Schaufeli, W.B., & van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse Burn-uitschaal (UBOS): handleiding*. Lisse: Swets & Zietlinger B.V.

Schaufeli, W.B., van Dierendonck, D., & van Gorp, K. (1996). Burn-out and reciprocity: Towards a dual-level social exchange model. *Work and Stress*, 10(3), 225-237.

Schmidt, A.J.M. (2000). *De psychologie van overspanning. Theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.

Torrado Oubiña, V.M., Marrínez Calvo, M.C., & Fernández-Ríos, L. (1997). Occupational stress and state of health among clinical psychologists and psychiatrists. *Psychology in Spain*, 1, 62-71.

Vervaeke, G.A.C., & Vertommen, H. (1996). De Werkalliantievragenlijst (WAV). *Cedragstherapie*, 29, 139-144.

Vredenburg, L.D., Cariozzi, A.F., & Stein, L.B. (1999). Burn-out in counseling psychologists: Type of practice setting and pertinent demographics. *Counseling Psychology Quarterly*, 12(3), 295-305.

Summary

In this article we present an empirical study of burn-out among 405 clinical psychologists of the Flemish Federation of Clinical Psychologists in Flanders, Belgium. We highlight the prevalence of burn-out in this sample towards the background of demographic descriptive variables and of typical aspects of the job of a clinical psychologist. The way in which the quality of the therapeutic alliance has an influence on the well being of the therapist is also reviewed. The results reveal that burn-out is very rare in this sample. When it does occur, initial expectations and the relationship with clients are very predictive in the explanation of burn-out.

Personalia

Barbara Lavrysen, Onderzoeksgroep voor Psychotherapie en Dieptepsychologie, Departement Psychologie, K.U.Leuven, Tiensestraat 102, 3000 Leuven. E-mail: Barbara.Lavrysen@psy.kuleuven.be

Hans De Witte, Onderzoeksgroep voor Stress, Gezondheid en Welzijn, Departement Psychologie, K.U.Leuven, Tiensestraat 102, 3000 Leuven.

Patrick Luyten, postdoctoraal onderzoeker F.W.O. Vlaanderen. Onderzoeksgroep voor Psychotherapie en Dieptepsychologie, Departement Psychologie, K.U.Leuven, Tiensestraat 102, 3000 Leuven.

'Lost in translation'. De invloed van de ziektemetafoor op de classificatie en behandeling van psychopathologie: assumpties en bevindingen

Patrick Luyten en Nicole Vitegen



[S a m e n v a t t i n g]

Psychische problemen worden in toenemende mate gezien als medische problemen. In deze bijdrage vragen we ons af in welke mate de assumpties van deze benadering en daarop gebaseerde richtlijnen en protocollen rond behandeling empirisch onderbouwd zijn. Empirisch onderzoek laat zien dat een al te eenvoudig medisch ziektemodel deze visie op zowel de aard van psychopathologie als van behandeling stuurt. De implicaties van deze bevindingen voor onderzoek en behandelingsprotocollen worden toegelicht.

De ziektemetafoor: lost in translation?

Dat psychische problemen in toenemende mate worden gezien als medische problemen met een welbepaald klinisch beeld, een duidelijk afgeleide etiologie en bijgevolg een specifiek daarbij passende behandeling, stemt tot nadenken. De sterke opmars van psychofarmaca en herse-sonderzoek – de jaren 1990 worden niet voor niets de 'decade of the brain' genoemd – spelen hierin een belangrijke rol. Een special issue van het *European Journal of Neurology* (Vol. 12, Suppl. 1, juni 2005) over de maatschappelijke en economische kost van hersenaandoeningen, bijvoorbeeld, plaatst depressie en angststoornissen op één lijn met hersentumoren, dementie, epilepsie en de ziekte van Parkinson. Deze evolutie gaat gepaard met een sterk bio- en psychotimisme rond behandelingsmogelijkheden, zoals geïllustreerd wordt door richtlijnen en protocollen rond zogenaamde 'Empirically Supported Treatments' (EST's), die overwegend kortdu-rende behandelings promoten. Aan de andere kant is er een uitgesproken ontvredenheid bij vele klinici én onderzoekers met

deze manier van denken. De teleurstelling van klinici en onderzoekers betreft vooral de kloof tussen onderzoek en praktijk (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). *Clinici* ervaren bestaande richtlijnen en protocollen rond behandeling vaak als beperkend en geven aan zich er niet aan te kunnen houden. Zo blijkt bijvoorbeeld dat persoonlijkheidsstoornissen zelden gediagnosticeerd worden op basis van manifeste symptomen zoals door de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) wordt voorgesteld, maar veeleer op basis van elementen die in de relatie met de patiënt naar voren komen, zoals een gebrek aan empathie of de neiging zichzelf te idealiseren (Shedler & Westen, 2004). Ook is de lengte van behandeling in de klinische praktijk gemiddeld genomen dubbel zo lang als wordt voorgesteld in richtlijnen (Morrison, Bradley & Westen, 2003). Cognitieve gedragstherapeuten bijvoorbeeld behandelen depressieve patiënten in gemiddeld 30 sessies, dus meer dan het dubbel dan de in richtlijnen voorgeschreven 12 tot 16 sessies (Morrison e.a., 2003). Deze vaststelling is een belangrijk te onderzoeken fenomeen, dat