



Vrije
Universiteit
Brussel

Faculteit psychologie en educatie wetenschappen
Academiejaar 2013-2014

Secundaire traumatische stress bij psychologen in de oncologie

Eindwerk neergelegd tot het behalen van het getuigschrift van de opleiding
'psycho-oncologie' door Lesly Delombaerde.

Lezers:
Sabien Bauwens
Titia Dergent

ABSTRACT

Psychologen worden in hun werkveld heel regelmatig geconfronteerd met emotionele verhalen, heftige emoties en traumatische gebeurtenissen van patiënten. Hiermee omgaan lijkt niet altijd evident en zo vanzelfsprekend. De vraag die zich stelt is of dit mogelijks ook sporen nalaat bij psychologen. Daarom richt dit onderzoek zich op het nagaan van de aanwezigheid van secundaire traumatische stress (STS) bij psychologen in het oncologisch werkgebied. Eveneens wordt in acht genomen welke copingstijlen door de psychologen gehanteerd worden en hoe deze zich verhouden tot eventuele uitingen van secundaire traumatisering. De concrete onderzoeksvraag gaat na of secundaire traumatische stress zich voordoet bij psychologen werkzaam in oncologische en/of palliatieve setting en welke symptomen van indringende gedachten, vermijdend gedrag en arousal binnen STS zich het meest voordoen. Ten tweede werd onderzocht of er een correlatie aanwezig is tussen de copingstijlen en de aanwezigheid van secundaire traumatische stress. Ook eventuele psychische als lichamelijke klachten werden bevraagd.

Om dit na te gaan werd gebruik gemaakt van de Secundaire Traumatische Stress Schaal (STSS), de Utrechtse Coping Lijst (UCL) en de Symptom Checklist (SCL-90). Bij 49 respondenten van de in totaal 81 respondenten werd vastgesteld dat STS zich weinig tot niet voordoet, bij 24 respondenten werd een milde STS opgemerkt, bij 5 een gematigde STS, bij 1 iemand een hoge STS en tenslotte bij 2 personen een ernstige mate van STS. Hierbij werd vooral hoog gescoord op symptomen binnen STS van vermijdend gedrag, minder op arousal en het minst op indringende gedachten. Daarnaast bevestigen de resultaten niet de hypothesen van een verband tussen STS en geslacht, leeftijd en aantal jaren werkervaring. Bij copingstijlen werd enkel een sterk significant verband gevonden tussen STS en vermijdende coping en tussen STS en passieve reactiepatronen. Tussen STS en expressie van emoties werd een negatief significant verband gevonden. Bij psychische en lichamelijke klachten wordt het meest obsessief-compulsief gedrag weerhouden. Vervolgens in dalende mate van voorkomen: restcategorie, slaapproblemen, depressie, somatische klachten, angst, paranoïde, woede en hostiliteit en agorafobie.

INLEIDING

De Grieken hadden het over de harmonie tussen lichaam en geest. De Romeinen op hun beurt hanteerden het spreekwoord ‘*mens sana in corpore sano*’. Een gezonde geest in een gezond lichaam. Maar wat als de geest het zwaar te verduren krijgt en de geestelijke gezondheid gehypothekeerd wordt. Alsmaar meer lijkt de media de aandacht te vestigen op burn-out en in het bijzonder bij hulpverleners. Wat zijn de gevolgen van het dagelijks werken met onze volle aandacht, gedrevenheid, gevoelens en empathische aanwezigheid? Wat doet dit met ons om alle emotionele en traumatische verhalen en gebeurtenissen van onze patiënten te horen? De vraag stelt zich misschien soms wat meer binnen een oncologische setting, waar leven en dood heel dicht bij elkaar komen...

Johan Maes (Psychotherapeut, Rouwtherapeut, Pessotherapeut en Opleider) geeft wel vaker lezingen over ‘zorg voor de zorgverlener, de beste preventie tegen stress en burn-out’. In zijn lezingen komen begrippen als draaglast, draagkracht, emotionele belasting en emotionele arbeid naar voor (Maes, 2014). Waarmee duidelijk wordt dat ‘emotioneel werk’ een impact heeft op onze gezondheid. Kovacs, Kovacs en Hegedus (2009) definiëren emotioneel werk als de noodzakelijke psychologische processen om de gewenste emoties als onderdeel van je werk en in interpersoonlijke relaties met patiënten te reguleren. Zorgverleners kunnen hierdoor een emotionele dissonantie ervaren, omdat zij geen uiting kunnen/mogen geven aan hun ware emoties binnen een professioneel kader. Voorgaande factoren deden Kovacs et al. (2009) besluiten dat burn-out zich voordoet bij vooral oncologische hulpverleners naast andere hulpverleners. Ook Edmonds, Lockwod, Bezjak en Nyhof-Young (2012) bevestigden opnieuw de stelling van Kovacs.

Het concept secundaire traumatisering

Wanneer je grasduint in de literatuur, worden termen als compassion fatigue en vicarious traumatization gelinkt aan burn-out (Sabin-Farrell & Turpin, 2003); (Deville, Wright & Varker, 2009). Hierbij wordt in één adem eveneens secundaire traumatisering vermeld (Jenkins & Baird, 2002). Het was Figley, die in 1995 het concept van secundaire traumatisering in het leven riep. Hij verwees naar de gedragsmatige en emotionele implicaties van de blootstelling aan traumatische gebeurtenissen, die door anderen beleefd werden, bij het (willen) helpen van het slachtoffer (Ben-Porat & Itzhaky, 2009).

In 2000 introduceerde Wu de term 'second victim' en definieerde het als de hulpverlener, die betrokken is in een onverwachte en nadelige gebeurtenis van de patiënt, een medische fout en/of patiënt gerelateerd onrecht, waardoor de patiënt slachtoffer wordt en de hulpverlener dit als traumatisch ervaart (Seys, Scott, Wu, Van Gerven, Vleugels, Euwema, Panella, Conway, Sermeus & Vanhaecht, 2012). In 2009 verfijnde Scott Wu's definitie, waarbij hij de gevolgen op persoonlijk en professioneel gebied toevoegde. Uit zijn onderzoek bleek dat de prevalentie van second victims na een nadelige gebeurtenis varieerde van 10.4% tot 43.3%, waarbij zowel gedragsmatige, cognitieve als emotionele reacties vertoond werden (Seys, Wu, Van Gerven, Vleugels, Euwema, Panella, Scott, Conway, Sermeus & Vanhaecht, 2012).

Groeiende aandacht voor secundaire traumatische stress

Er lijkt een toename te zijn in onderzoek naar secundaire traumatische stress bij professionele hulpverleners. Regan, Burley, Hamer en Wright (2005) waren van mening dat STS niet voldoende onderzocht werd, gezien het een controversieel klinisch fenomeen is. Regan et al. (2005) beschrijven STS als een conceptualisatie van reacties van hulpverleners op emotionele verwachtingen, die hen gesteld worden bij het horen van verschrikkelijke en traumatische gebeurtenissen. Gelijkaardige symptomen als bij post traumatische stress stoornis (PTSS) zouden opgemerkt worden (Perron & Hiltz, 2006), met dat verschil dat STS een acute reactie is, die zich plots ontwikkelt (Sodeke-Gregson, Holtum & Billings, 2013).

In sommige omstandigheden kan de second victim (hulpverlener) een blijvende emotionele distress ervaren met PTSS tot gevolg. Symptomen kunnen zijn: insomnie, nachtmerries, herbeleving van het trauma, verlies van vertrouwen in collega's, gebrek aan zelfvertrouwen of schrik om fouten te maken (Seys, Wu, Van Gerven, Vleugels, Euwema, Panella, Scott, Conway, Sermeus & Vanhaecht, 2012).

Deville, Wright en Varker (2009) vermeldden in hun onderzoek dat STS een syndroom is, die heel gelijklopend is aan PTSS met symptomen van indringende gedachten, vermijdend gedrag en arousal. De aandacht voor STS kende een ommekeer wanneer de diagnostische criteria A voor PTSS in de DSM veranderde (1994). Criteria A voor PTSS werd verruimd naar getuigen zijn van of horen van een levensbedreigende en ernstige verwonding t.o.v. een ander persoon. Kanno (2010) meende dat STS zou moeten opgenomen worden in de DSM-V, opdat het meer (h)erkend zou worden.

Na de gebeurtenissen van 9/11, New York, kon men met nog meer zekerheid staven dat STS zich voordoet bij sociale werkers (Pulido, 2007), humanitaire hulp (Shah, Garland & Katz, 2007) en na het hulp bieden bij natuurrampen (Culver, McKinney & Paradise, 2011).

Bij eerder onderzoek in 2000 werd het bestaan van STS teruggevonden bij verpleegkundigen in palliatieve setting (Van Staa, Visser & van der Zouwe, 2000). Beck (2011) besloot na haar onderzoek dat STS zich ook bij verpleegkundigen in ziekenhuizen voordoet.

Secundaire traumatische stress schaal

Brian Bride (2007) ontwikkelde een meetinstrument voor STS, de Secondary Traumatic Stress Scale (STSS). Zo zag hij bij sociale werkers, die in contact kwamen met getraumatiseerde patiënten een ernstig niveau van STS. De STSS is een 17-item vragenlijst, waarbij de scores resultaten geven op indringende gedachten, vermijdend gedrag en arousal. Indringende symptomen zijn erop gericht de ervaringen van de patiënt te herbeleven in onder andere beelden, gedachten, percepties en dromen. Vermijdende symptomen houden in dat je alle stimuli geassocieerd met het trauma hardnekkig gaat vermijden. Arousal symptomen manifesteren zich in angst, irritatie of een verhoogde activiteit of alertheid.

Secundaire traumatische stress en coping

Coping speelt een belangrijke rol in het reguleren van emoties (Folkman & Lazarus, 1988). Iemand zijn welzijn wordt door de manier van coping beïnvloed (Folkman & Lazarus, 1985). Coping verwijst naar de gedachten en gedragingen, die iemand gebruikt in het omgaan met stressvolle gebeurtenissen. Deze gedachten en gedragingen kunnen bijdragen tot het veranderen van de problematische relatie tussen persoon en omgeving (problem-focused coping) en het reguleren van stresserende emoties (emotion-focused coping) (Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek, 1987). Voornamelijk negatieve copingstrategieën (bijvoorbeeld zich zorgen maken, het ergste vrezen, kwaad of zenuwachtig worden,...) zouden een duidelijke en versterkende invloed hebben op psychologische gevolgen bij hulpverleners in de oncologie (Gaugler, Eppinger, King, Sandberg & Regine, 2013). Zo zouden hulpverleners met deze copingmechanismen meer psychologische distress ervaren, waaronder angst, depressieve symptomen en schuldgevoel.

Stress, die ervaren wordt, is geen eigenschap van de persoon zelf, noch van de omgeving. Stress is het resultaat van de relatie tussen een persoon en de omgeving (Folkman, 1984).

Binnen het verhaal van STS lijken empathie en blootstelling twee belangrijke concepten (Sinclair & Hamill, 2007); (Kanter, 2007); (Beck, 2011). MacRitchie en Leibowitz (2010) konden uit hun onderzoek besluiten dat de blootstelling aan traumatische verhalen, hoeveelheid ontvangen sociale steun en de hoeveelheid van empathie een significant verband vertoont met STS. Het proces van empathiseren met een getraumatiseerd persoon helpt ons als hulpverlener deze persoon en de emotionele impact van de traumatische gebeurtenis te begrijpen, maar in dit proces kunnen wijzelf ook getraumatiseerd worden. Dit kan verklaren waarom hulpverleners soms laag scoren op empathische metingen/onderzoeken en vermijdingsstrategieën gebruiken als coping in hun werk. Het zich niet empathisch engageren en vermijden kan mogelijk functioneel zijn in het kunnen doorgaan met hun werk (Sabin-Farell & Turpin, 2003).

Onderzoek naar secundaire traumatische stress

Veel onderzoek werd verricht naar STS onder andere bij verpleegkundigen, sociale werkers en artsen. Bij verpleegkundigen op de spoeddienst lijkt STS zich in sterke mate voor te doen. Zij worden heel vaak blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen, waarbij zij emotioneel geraakt worden. Zij vertonen in dalende lijn symptomen van arousal, vermijdend gedrag en indringende gedachten (Dominguez-Gomez & Rutledge 2009). Bij oncologische verpleegkundigen werd eveneens een mate van STS opgemerkt (Beck, 2011). Van Staa, Visser en van der Zouwe (2000) vermeldden op hun beurt dat zorgverleners binnen palliatieve zorg een verhoogd risico hebben o.w.v. vele confrontaties met de dood. Kovacs, Kovacs en Hegedus (2009) toonden met hun onderzoek aan dat hulpverleners binnen de oncologie negatieve gevoelens ervaren (verdriet, kwaadheid, frustratie,...), maar deze onderdrukken. Zo geeft Lyckholm (2001) aan dat angst en frustratie bij hulpverleners in de palliatieve zorg de diepgang in patiëntencontact bemoeilijkt. Bijgevolg ervaren deze hulpverleners geen motiverende factoren zoals o.a. voldoening (Kovacs, Kovacs & Hegedus, 2009). Wat psychologen en therapeuten betreft, lijkt nog wat onderzoek te moeten gebeuren. Binnen het onderzoeksveld van psychiatrie maakt één artikel melding van onderzoek dat werd verricht naar STS bij counselors en therapeuten (Beck, 2011). In Verenigd Koninkrijk deden Sodeke-Gregson, Holtum en Bellings (2013) onderzoek naar STS bij therapeuten, die werken met volwassen getraumatiseerde cliënten en besloten dat er een mogelijk risico is tot het ontwikkelen van STS. In België deed Veerle Cosyns onderzoek naar de psychologische impact van werken op een keroncologische afdeling voor het psycho-pedagogisch team.

Letterlijk geciteerd: “De resultaten wezen op een zekere mate van indirect trauma ten gevolge van het emotioneel ondersteunen van kinderoncologische patiënten en hun gezin. Vooral opvallend waren de grote verschillen in frequentie en intensiteit van klachten naargelang de functie. Psychologen zijn in tegenstelling tot hun collega’s pedagogische medewerkers veel kwetsbaarder om pathologie te ontwikkelen en dit vooral op vlak van emotionele uitputting, persoonlijke bekwaamheid en somatische problemen.”

In de literatuur heb ik verder geen onderzoek gevonden over STS bij onco-psychologen.

Onderzoeksvragen

1. Ervaren psychologen binnen een oncologische en/of palliatieve setting secundaire traumatische stress?
2. Is er een verband tussen de aanwezigheid van secundaire traumatische stress en geslacht, leeftijd en aantal jaren werkervaring?
3. Is er een verband tussen secundaire traumatische stress en copingstijl?
4. Welke psychische en lichamelijke klachten geven psychologen weer?

METHODE

Deelnemers

Er werd gekozen om gebruik te maken van ruime inclusiecriteria, zodat zoveel mogelijk deelnemers werden bekomen. Alle psychologen werkzaam in de oncologie en/of palliatieve setting mochten deelnemen. Ongeacht leeftijd, ervaring en patiëntencontacten. Bijgevolg waren er geen exclusiecriteria.

Procedure

Mogelijke deelnemers werden met hulp van het Cédric Hèle instituut per e-mail uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Het Cédric Hèle instituut maakte gebruik van hun databank van psychologen, die allen tewerkgesteld zijn in de oncologie. De anonimiteit werd gewaarborgd. De deelnemers hadden de mogelijkheid om zowel via wederkerende e-mail of per post de ingevulde vragenlijsten terug te sturen. Een oproepbrief werd bijgevoegd om zo toelichting te geven m.b.t. de doelstelling van het onderzoek. Wegens een te lage responsrate werd nogmaals een oproep via de nieuwsbrief van het Cédric Hèle instituut gelanceerd en werden 76 ziekenhuizen (psychologische dienst OST en PST) per post aangeschreven.

Instrumenten

De aangeschreven participanten werden gevraagd om een aantal persoonlijke gegevens, de Secondary Traumatic Stress Scale (STSS), de Symptom Checklist (SCL-90) en de Utrechtse coping lijst (UCL) in te vullen. Deze vragenlijsten werden in een word-document omgezet om de afname, toegankelijkheid en responsrate te bevorderen. Alle vragenlijsten werden gecodeerd met cijfers van 1 t.e.m 5. Dit was ook voor de participanten zichtbaar.

Bij de persoonlijke gegevens werd gevraagd naar geslacht, leeftijd, aantal jaren ervaring en in welke setting men tewerkgesteld is.

De STSS is een 17-item instrument, dat ontwikkeld werd om indringende, vermijdende en arousal symptomen/factoren te meten, die geassocieerd zijn met indirecte blootstelling aan traumatische gebeurtenissen in hun professionele relatie.

De STSS is een zelfbeoordelingsvragenlijst met een 5-puntenschaal. (1 = nooit, 2 = zelden, 3 = af en toe, 4 = vaak, 5 = heel vaak) De vragenlijst bevat volgende subschalen: Intrusion subschaal (vijf items), Avoidance subschaal (zeven items) en Arousal subschaal (vijf items). Er wordt gewerkt met volgende cut-offscores: kleiner dan 28 doet er zich weinig tot geen STS voor, 28-37 een milde STS, 38-43 een gematigde STS, 44-48 een hoge STS en vanaf 49 een ernstige mate van STS (Bride, 2007).

Er wordt gepeild naar het voorkomen van bepaalde ervaringen in de voorbije week. De vragenlijst werd door een native speaker vertaald naar het Nederlands. Voor de Engelstalige STSS werd evidentie gevonden voor zowel convergerende, discriminante en factoriële validiteit, ook de betrouwbaarheid kon aangetoond worden. Voor de Nederlandstalige versie is geen validiteitonderzoek gebeurd.

De SCL-90 is een multidimensionele zelfbeoordelingsvragenlijst voor de belangrijkste klachtengebieden in de psychopathologie van volwassenen op lichamelijk als psychologisch gebied. Er wordt ook hier gepeild naar klachten van voorbije week. Er dienen 90 items gescoord te worden. (1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = nogal, 4 = tamelijk veel, 5 = heel erg) De SCL-90 kent acht schalen: agorafobie (7 items), angst (10 items), depressie (16 items), somatische klachten (12 items), paranoïde (18 items), Obsessief-compulsief gedrag (9 items), woede en hostiliteit (6 items), slaapproblemen (3 items) en restcategorie (9 items). De totaalscore duidt het niveau van psychisch en lichamelijk disfunctioneren aan (Ettema & Arrindell, 2003). Voor de SCL-90 kon factoriële, predictieve en constructvaliditeit aangetoond worden net als de betrouwbaarheid.

De UCL-vragenlijst meet en rubriceert de verschillende vormen van copinggedrag om meer inzicht te verkrijgen in de interactie tussen copinggedrag, psychosociale factoren en gezondheidsstoornissen. Er werd gevraagd om aan te geven hoe in het algemeen op de beschreven manier gereageerd wordt. Er dienen 47 items gescoord te worden. (1 = zelden of nooit, 2 = soms, 3 = vaak, 4 = zeer vaak) De schalen zijn: actief aanpakken (zeven items), palliatieve reactie (acht items), vermijden (acht items), sociale steun zoeken (zes items), passief reactiepatroon (zeven items), expressie van emoties (drie items) en geruststellende gedachten (vijf items) (Schreurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1984).

Voor de UCL kon een factoriële, predictieve en constructvaliditeit aangetoond worden net als de betrouwbaarheid.

RESULTATEN

Deelnemers

Van de 146 per e-mail aangeschreven psychologen reageerden er 37 participanten. Daarnaast werden 76 ziekenhuizen (psychologische dienst OST en PST) per post aangeschreven met een respons van 44 psychologen. Er namen 3 mannen deel en 78 vrouwen. De leeftijd varieerde van 23 jaar t.e.m. 55 jaar. De gemiddelde leeftijd bedroeg 33 jaar. Het aantal jaren ervaring binnen de oncologische setting kende een range van een half jaar t.e.m. 22 jaar, met een gemiddelde van 6 jaar ervaring.

Betrouwbaarheid van vragenlijsten

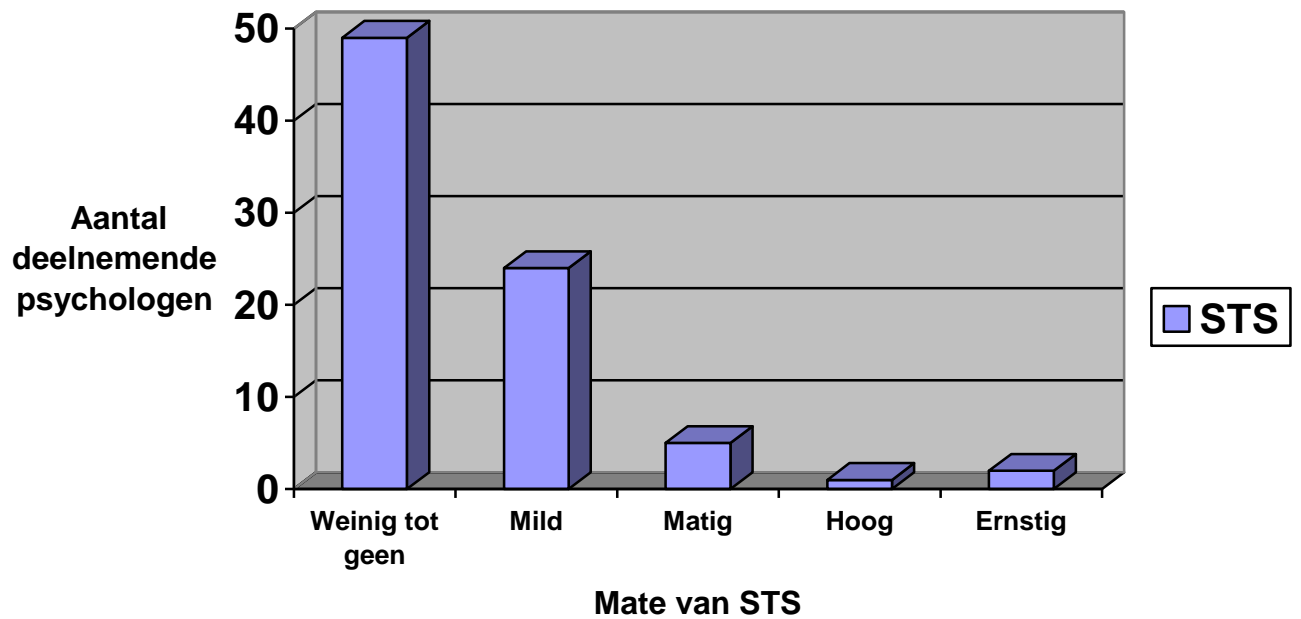
Alle 81 vragenlijsten van de STSS en UCL konden gebruikt worden. Er deden zich geen missing items voor. De STSS-vragenlijst had een betrouwbaarheid van Cronbach's alpha .90. Voor de UCL-vragenlijst was dit Cronbach's alpha .83.

Mate van secundaire traumatische stress

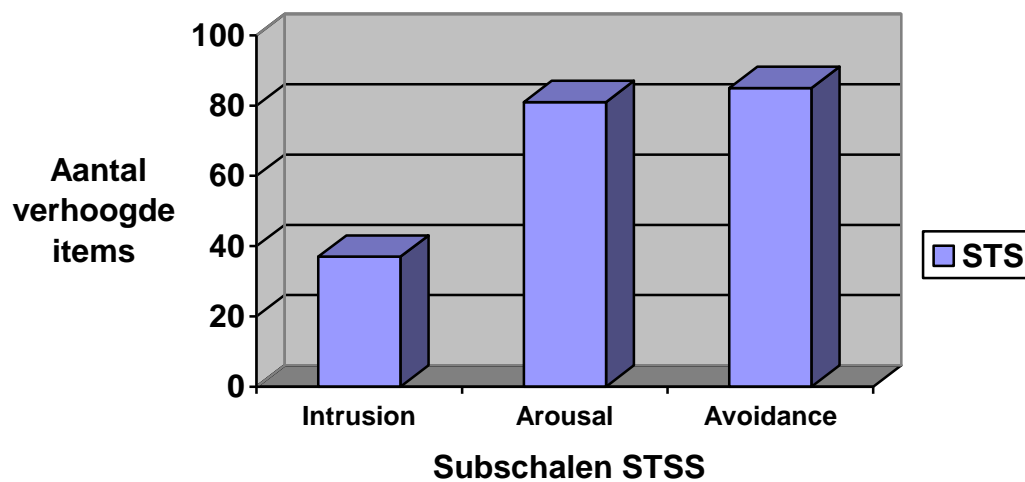
Met een reactie van 81 respondenten werd vastgesteld dat STS zich bij 49 respondenten weinig tot niet voordoet, bij 24 respondenten werd een milde STS opgemerkt, bij 5 een gematigde STS, bij 1 iemand een hoge STS en tenslotte bij 2 personen een ernstige mate van STS. Cfr. figuur 1.

Om de scores te bekomen voor de subschalen werden de cut-offscores gebruikt, die Bride (2007) vermeldde in zijn artikel bij de ontwikkeling van de STSS-vragenlijst. Scores op items vanaf 3 (= af en toe, 4 = vaak, 5 = heel vaak), worden in rekening gebracht om te kunnen spreken van STS. Zo werd van alle ingevulde vragenlijsten, per subschaal, de som gemaakt van de items met scores vanaf 3. Bij de subschalen van STS werd vooral hoog gescoord op symptomen van vermijdend gedrag, daarna op arousal en het minst op indringende gedachten. Deze resultaten van de subschalen worden weergegeven in figuur 2.

Figuur 1. Aantal deelnemende psychologen in functie van mate van STS



Figuur 2. Aantal verhoogde items in functie van subschalen STSS



Verband secundaire traumatische stress en persoonskenmerken

Het verband tussen STS en geslacht werd getoetst met een independent sample t-test. Levene's test $F = .17$, $p = .68$ (equal variances assumed). $t(79) = .27$, ns. Gemiddelde leeftijd voor man was $M = 21.67$ met $sd = 6.43$. Gemiddelde leeftijd voor vrouw was $M = 26.74$ met $sd = 7.85$. Er wordt geen significant verschil weerhouden tussen man en vrouw.

Correlaties tussen STS en leeftijd ($r = .18$, $p = .11$) en jaren werkervaring ($r = .06$, $p = .57$) werden getoetst met een bivariate Pearson correlatie. Er wordt geen significant verband weerhouden tussen STS en leeftijd. Ook tussen STS en werkervaring wordt geen significant verband weerhouden.

Secundaire traumatische stress en copingstijl

De correlatie tussen STS en de verschillende schalen van coping werd getoetst met een bivariate Pearson correlatie. Dit zijn de resultaten voor de verschillende copingschalen: 'actief aanpakken' ($r = -.05$, $p = .67$), 'palliatieve reactie' ($r = -.02$, $p = .84$), 'vermijden' ($r = .39$), $p = .00$), 'sociale steun zoeken' ($r = -.06$, $p = .62$), 'passief reactiepatroon' ($r = .46$, $p = .00$), 'expressie van emoties' ($r = -.22$, $p = .05$) en 'geruststellende gedachten' ($r = .12$, $p = .27$).

Er werd een sterk significant verband gevonden tussen STS en vermijdende coping en passieve reactiepatronen ($p < 0.001$). Tussen STS en expressie van emoties werd een negatief significant verband gevonden ($p \leq .05$).

Psychische en lichamelijke klachten

Van de 81 respondenten werden zes SCL-90-vragenlijsten niet gebruikt wegens missing items. Per respondent werd de vragenlijst gescoord en bekeken welke schalen verhoogd waren m.b.t. psychische en lichamelijke klachten. Ik heb de berekende scores als verhoogd gezien vanaf 'boven gemiddeld' t.e.m. 'zeer hoog' (respectievelijk: boven gemiddeld, hoog en zeer hoog). Zo kon opgemerkt worden dat het meeste Obsessief-compulsief gedrag voorkomt dan pas restcategorie, slaapproblemen, depressie, somatische klachten, angst, paranoia, woede en hostiliteit en agorafobie.

BESPREKING

Mate van secundaire traumatische stress

In dit onderzoek bleken psychologen binnen de oncologie weinig tot een milde STS te vertonen dit in tegenstelling tot andere beroeps categorieën. Mogelijke redenen zijn dat bijvoorbeeld oncologische verpleegkundigen, die vaak met de dood geconfronteerd worden, gemengde gevoelens ervaren. Hierbij lijken de verpleegkundigen het moeilijk te hebben met de emotionele instabiliteit van hun patiënten, de angst en coping van patiënten, het weigeren van behandelingen en het spreken met patiënten over slechte prognoses (Kovacs, Kovacs & Hegedus, 2009). Psychologen vertonen voornamelijk vermijdend gedrag, dan pas ervaren ze arousal en als laatste indringende gedachten. Zoals eerder aangegeven doet STS zich in ernstige mate voor bij sociale werkers (Pulido, 2007), verpleegkundigen binnen gerechtelijke instanties, ziekenhuizen en oncologische, pediatrie verpleegkundigen (Beck 2011), verloskundigen (Leinweber & Rowe, 2010) en verpleegkundigen op een spoeddienst (Dominguez-Gomez & Rutledge 2009) , waarbij zij dezelfde symptomen van vermijdend gedrag, arousal en indringende gedachten ervaren. Nimmo en Huggard (2013) vermeldden in hun artikel dat artsen nog niet openstaan om het concept STS bij zichzelf te herkennen. Uit een review bleek dan ook dat artsen geen STS ervaren. De reden hiervoor is onduidelijk (Nimmo & Huggard, 2013).

Secundaire traumatische stress en persoonskenmerken

Uit dit onderzoek blijkt er geen significant verband te zijn tussen STS, geslacht, leeftijd en werkervaring, terwijl een ander onderzoek (Baird & Rae, 2003) wel een verband aantoonde tussen het hebben van veel ervaring in therapeutische begeleidingen en emotionele moeilijkheden. Andere factoren die in dit onderzoek niet aan bod kwamen maar volgens Van Staa, Visser en van der Zouwe (2000) een risico kunnen zijn voor STS zijn hoog stressniveau op het werk, lage jobsatisfactie, inadequate opleiding in communicatie en managementvaardigheden en persoonlijke kwetsbaarheden. Bij onderzoek van Harrison en Westwood (2009) geven ook zij (net als Van Staa, Visser & van der Zouwe, 2000) het aantal jaren werkervaring en niveau van opleiding aan als risicofactoren.

Uit elk reeds gevoerd onderzoek (Van Staa, Visser & van der Zouwe, 2000; Harrison & Westwood, 2009) lijken er verschillende resultaten weerhouden te worden m.b.t. risicofactoren zoals leeftijd, geslacht en jaren werkervaring. Sodeke-Gregson, Holttum & Billings (2013) zagen dat ook persoonlijke trauma's een rol kunnen spelen bij het ontwikkelen van STS.

Secundaire traumatische stress en coping

De resultaten van dit onderzoek geven een sterk verband weer tussen STS en vermijdende coping en passieve reactiepatronen. Tussen STS en expressie van emoties werd een negatief significant verband gevonden. Voornamelijk negatieve copingstrategieën (bijvoorbeeld zich zorgen maken, het ergste vrezen, kwaad of zenuwachtig worden,...) zouden een duidelijke en versterkende invloed hebben op psychologische gevolgen bij hulpverleners in de oncologie (Gaugler, Eppinger, King, Sandberg & Regine, 2013). Zo zouden hulpverleners met deze copingmechanismes meer psychologische distress ervaren, waaronder angst, depressieve symptomen en schuldgevoel. Sabin-Farell & Turpin (2003) vermeldden in hun onderzoek dat hulpverleners vermijdingsstrategieën gebruiken als coping in hun werk wat mogelijks functioneel is in het kunnen doorgaan met hun werk. Volgens Folkman, Lazarus, Pimley & Novacek (1987) hanteren volwassenen vooral een passieve emotion-focused copingstijl. Gates en Gillespie (2008) vonden het belangrijk dat hulpverleners stressgerelateerde copingstrategieën zoals vermijgend gedrag herkennen bij zichzelf. Beck (2011) schreef in haar onderzoek dat verpleegkundigen zowel persoons- als werkgerelateerde copingstrategieën hanteren. Zowel op korte als lange termijn. Voorbeelden van persoonsgerelateerde coping zijn behouden van gevoel voor humor, positieve houding of eigen visie op zorgverlening. Voorbeelden van werkgerelateerde coping zijn het bijwonen van debriefing en alert zijn voor triggers op het werk, die een negatieve invloed kunnen hebben op je welzijn.

Preventie van secundaire traumatische stress

Yassen adviseerde in 1995 dat je aandachtig moet zijn voor je eigen welzijn en welke triggers dit welzijn kunnen schaden (Sodeke-Gregson, Holttum & Billings, 2013).

In een interview voor het magazine Weliswaar, gaf Peter Adriaensens (2004) aan dat de remedie voor burn-out ligt in de verandering binnen de werkomgeving, bij secundaire traumatisering ligt de oplossing binnen je eigen omgang met patiënten.

Nog belangrijker lijkt voorkomen beter te zijn dan genezen. Waarbij hij aangeeft dat een team een beschermende factor kan zijn. Zowel de formele als informele contacten spelen hier een cruciale rol in. Mark Luyten geeft in datzelfde artikel aan dat het niet steeds werken met dezelfde type cliënten ook soelaas kan bieden, net als de nodige portie zelfzorg. Gates en Gillespie (2008) waren van mening dat het nodig is om hulpverleners te informeren over hun kwetsbaarheid, naast het leren herkennen van symptomen van STS en stressgerelateerde copingstrategieën zoals vermijdend gedrag. Daarnaast gaf Scott de suggestie om er gewoon te zijn voor collega's, actief te luisteren en deze persoon toe te laten de persoonlijke impact van zijn of haar verhaal te delen (Seys, Scott, Wu, Van Gerven, Vleugels, Euwema, Panella, Conway, Sermeus & Vanhaecht, 2012).

Beperkingen en verder onderzoek

Beperkingen van het onderzoek waren het afnemen van zelfbeoordelvragenlijsten. Er werd geen bijkomende vraag gesteld naar persoonlijke trauma's. Mocht deze vraag wel opgenomen zijn het onderzoek, kon er nagegaan worden of persoonlijke trauma's een invloed hebben op STS of het ontstaan ervan. Er namen een beperkt aantal psychologen deel aan het onderzoek waardoor resultaten niet veralgemeend mogen worden. Slecht drie mannen vulden de vragenlijsten in. Bijgevolg kunnen en mogen geen conclusies genomen worden over een verband tussen STS en geslacht. Verder onderzoek dient te gebeuren, zodat er meer duidelijkheid komt rond welke risicofactoren bijdragen tot het ontstaan van STS bij psychologen in de oncologische setting. Ook kunnen de weergegeven psychische en lichamelijke klachten van dit onderzoek nader onderzocht worden. Met name of er een al dan niet een verband is tussen psychische en lichamelijke klachten en STS.

CONCLUSIE

Er kan geconcludeerd worden dat er toch nog een verschil is in de mate van STS bij onco-psychologen en andere beroepscategorieën zoals verpleegkundigen en sociale werkers. Wanneer STS zich dan toch voordoet, lijken er gelijkaardige symptomen van vermijding gedrag, arousal en indringende gedachten te zijn bij onco-psychologen, verpleegkundigen en sociale werkers. Daarnaast worden er tegenstrijdige resultaten opgemerkt tussen dit onderzoek en andere onderzoeken m.b.t. het verband tussen STS en geslacht, leeftijd en jaren werkervaring. Reeds gevoerde onderzoeken geven soms wel een verband weer tussen STS en deze persoonskenmerken. Bijkomend worden er nog andere risico's voor STS vermeld, zoals een hoog stressniveau op het werk, lage jobsatisfactie, inadequate opleiding in communicatie en managementvaardigheden en persoonlijke kwetsbaarheden, waaronder persoonlijke trauma's. Voor copingstijlen worden bij alle onderzoeken gelijkaardige resultaten gevonden over een verband tussen STS en vermijdende coping, passieve reactiepatronen en expressie van emoties en hoe dit tot STS kan leiden. Preventie lijkt dan ook een belangrijke schakel te zijn in het voorkomen van STS. Waarbij nog meer aandacht dient besteed te worden aan de psychische gezondheid van hulpverleners en (onco-)psychologen. En zeker wanneer er zich toch al STS voordoet, is er aandacht nodig voor welke hulp of ondersteuning aan deze second victims geboden kan worden.

REFERENTIELIJST

- Adriaenssen, P., & Luyten, M. (2004). Wie te dicht komt, verbrandt zijn vingers. *Weliswaar*, 57, 33-35.
- Baird, S., & Rae J.S. (2013). Vicarious Traumatization, Secondary Traumatic Stress, and Burnout in Sexual Assault and Domestic Violence Agency Staff. *Violence and victims*, 18, 71-86.
- Beck, C.T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of psychiatric nursing*, 25, 1-10.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2009). Implications of treating family violence for the therapist: secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *J. Fam. Viol.*, 24, 507-515.
- Bride, B.E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social work*, 52, 63-70.
- Cosyns, V. (xx). De psychologische impact van werken op een kinderoncologische afdeling voor het psycho-pedagogisch team. Een onderzoek naar psychische gezondheidsproblemen, burn-out en posttraumatische stress. Eindwerk van Cedric Hèle Instituut.
- Culver, L.M., McMinney, B.L., & Paradise, L.V. (2011). Mental health professionals' experiences of vicarious traumatization in post-hurricane Katrina New Orleans. *Journal of loss and trauma*, 16, 33-42.
- Devilly, G.J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 43, 375-387.
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D.N. (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of emergency Nursing*, 35, 199-204.
- Edmonds, C., Lockwood, G.M., Bezjak, A., & Nyhof-Young, J. (2012). Alleviating emotional exhaustion in oncology nurses: an evaluation of wellspring's "care for the professional caregiver program". *J. Canc. Educ.*, 27, 27-36.
- Ettema, J.H.M., & Arrindell, W.A. (2003). *Symptom Checklist: Handleiding bij multidimensionale psychopathologie indicator*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, 46, 839-852.
- Folkman S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48, 150-170.
- Folkman S., & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54, 466-475.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and aging*, 2, 171-184.
- Gates, D.M., & Gillespie, G.L. (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *JOGNN*, 37, 243-249.
- Gaugler, J.E., Eppinger, A., King, J., Sandber, T., & Regine, W.F. (2013). Coping and its effects on cancer caregiving. *Support care cancer*, 21, 385-395.
- Harrison, R.L., & Westwood, M.J. (2009). Preventing vicarious traumatisation of mental health therapists: identifying protective practices. *Psychotherapy theory research*, 46, 203-219.
- Jenkins, S.R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of traumatic stress*, 15, 423-432.
- Kanno, H. (2010). Supporting indirectly traumatized populations: the need to assess secondary traumatic stress for helping professionals in DSM-V. *Health and social work*, 35, 225-227.
- Kanter, J. (2007). Compassion fatigue and secondary traumatisation: a second look. *Clin. Soc. Work J.*, 35, 289-293.
- Kovacs, M., Kovacs, E., & Hegedus, K. (2009). Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping. *Psycho-oncology*, 10.1002/pon.1631, 1-8.
- Leinweber, J., & Rowe, H.J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26, 76-87.
- MacRitchie, V., & Leibowitz, S. (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African journal of psychology*, 40, 149-158.
- Maes, J. (2014). Zorg voor de zorgverlener, de beste preventie tegen stress en burnout. *Tijdschrift voor palliatieve zorg*, xx, 1-15.

- Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian journal of disaster and trauma studies*, 1, 37-44.
- Perron, B.E., & Hiltz, B.S. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and adolescent social work journal*, 23, 216-234.
- Pulido, M.L. (2007). In their words: Secondary traumatic stress in social workers responding to the 9/11 terrorist attacks in New York city. *Social work*, 52, 279-281.
- Regan, J., Burley, H.J., Hamer, G., & Wright, A. (2006). Secondary traumatic stress in mental health professionals. *Tennessee medicine*, xx, 39-40.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatisation: implications for the mental health of health workers? *Clinical psychology review*, 23, 449-480.
- Schreurs, P.J.G., Van De Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1984). *De Utrechtse coping lijst: UCL omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Seys, D., Scott, S., Wu, A., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2012). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International journal of nursing studies*, xx, xx-xx.
- Seys, D., Wu, A.W., Van Gervan, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Scott, S.D., Conway, J., Sermeus, W., & Verhaecht, K. (2012). Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. *Evaluation & the health professions*, 0, 1-28.
- Shah, S.A., Garland, E., & Katz, C. (2007). Secondary traumatic stress: prevalence in humanitarian aid workers in India. *Traumatology*, 13, 59-70.
- Sinclair, H.A.H., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatisation affect oncology nurses? A literature review. *European journal of oncology nursing*, 11, 348-356.
- Sodeke-Gregson, E.A., Holtum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of psychoraumatology*, 4, 1-10.
- Van Staa, A.L., Visser, A., & van der Zouwe, N. (2000). Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient education and counselling*, 41, 93-105.