

In tijden van toegenomen regeldrukke en een hoge werkdruk, een zorgstelsel dat bij tijd en wijle piept en kraakt en daarboven op de naweeën van een coronapandemie, is goede zelfzorg door ggz-professionals noodzaak. Maar de praktijk blijkt weerbarstiger. Dit artikel belicht het onderwerp professionele zelfzorg in de ggz hoofdzakelijk vanuit het referentiekader van de schematherapie. Afsluitend wordt een model vanuit de systeemtherapie belicht om professionele zelfzorg binnen teams te bevorderen.

EEN ONDERGESCHOVEN KINDJE IN DE GGZ

PROFESSIELE ZELFZORG VOOR PSYCHISCHE HULPVERLENERS

Tijdens de coronapandemie verschenen in de media steeds meer berichten over een hoge werkdruk in de gezondheidszorg en in toenemende mate ook in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Tijdens de eerste coronagolf deed het Trimbos-instituut onderzoek naar de impact van corona op psychische hulpverleners (Van Bon-Martens et al., 2020). De conclusies waren niet mals: een flink deel van de ggz-professionals kampte met een verminderde psychische en lichamelijke gezondheid.

Met name de psychische gezondheid ging erop achteruit; bijna een kwart van de hulpverleners voelde zich psychisch ongezond. Voor alle ggz-professionals (psychologen, verpleegkundigen, sociaal-maatschappelijk werkers en jeugdhulpverleners) steeg de gemiddelde werkdruk ten opzichte van vóór de crisis. Meer dan de helft van de ondervraagden kon niet de zorg leveren die nodig was. Bijna een derde van de hulpverleners rapporteerde (veel) meer slaapproblemen en meer dan de helft verlangde hulp en ondersteuning, onder andere bij het bewaken van de balans tussen werk en privé.

De coronapandemie heeft het belang van professionele

zelfzorg voor (psychische) hulpverleners' opnieuw onderstreept.

UITPUTTING IN DE GGZ

(Dreigende) overbelasting van ggz-professionals is geen typisch coronaverschijnsel. Al ver voor de coronapandemie werd in de literatuur geconcludeerd dat emotionele uitputting of burn-out² een inherent risico vormt voor

- ¹ In dit artikel worden de termen (psychische) hulpverlener, therapeut en ggz-professional door elkaar heen gebruikt. Over het algemeen wordt bedoeld op mensen die werkzaam zijn in de ggz. Voor deze variatie is gekozen enerzijds om de leesbaarheid van het artikel te vergroten en anderzijds om, waar nodig, dicht bij de terminologie uit de besproken literatuur te blijven.
- ² Emotionele uitputting en burn-out zijn beide benamingen die in de literatuur veelvuldig worden gebruikt. Beide termen worden in dit artikel door elkaar heen gebruikt, afhankelijk van welke term in de besproken studies wordt gebezigd. In het model van Maslach (1993) wordt het concept burn-out opgesplitst in drie domeinen: emotionele uitputting, afstand nemen van het werk (depersonalisatie) en weinig vertrouwen in het eigen kunnen (verminderde persoonlijke prestaties). Emotionele uitputting hoeft niet per definitie te leiden tot een burn-out. Integendeel, onderzoek van Rupert & Morgan (2005) wijst uit dat veel psychologen emotionele uitputting ervaren, terwijl dit zich bij de meesten niet ontwikkelt tot een volledig burn-outsyndroom.

hulpverleners in de ggz, juist vanwege de aard van het werk en potentiële kwetsbaarheden binnen de professie (Di Benedetto & Swadling, 2014; Latha, 2004).

In studies wereldwijd worden verontrustende cijfers gerapporteerd: tussen de 21 en 67% van de ggz-professionals ervaart een hoge mate van burn-out (Morse et al., 2012). In een onderzoek onder Amerikaanse psychologen komt naar voren dat maar liefst 44% een hoge mate en aanvullend nog eens 26% een gemiddelde mate van emotionele uitputting ervaart (Rupert & Morgan, 2005). In een recentere, internationale studie – waaraan ook Nederland deelnam – rapporteert 48% van de psychologen een milde tot hoge mate van emotionele uitputting (Simpson et al., 2019). En in een grootschalige enquête onder psychiaters uit Nederland en Vlaanderen ervaart 33% van de psychiaters flinke klachten van emotionele uitputting en twijfelt een even groot deel of ze wel in de ggz willen blijven werken (Vinkers et al., 2020). Weliswaar uiten de ondervraagde psychiaters zich positief en trots over de inhoud van hun vak, tegelijkertijd ervaren ze een enorme werkdruk en een gebrek aan autonomie. En juist deze stressoren blijken – naast een gebrek aan ervaren steun van collega's en leidinggevers – samen te hangen met het ontwikkelen van burn-outklachten (Bierings & Mol, 2012).

Bovendien raken de gevolgen van overbelasting niet alleen de ggz-professionals zelf, maar ook de patiënten die zij behandelen (Morse et al., 2012). In het algemeen blijkt dat werknemers met hoge scores op burn-out aanzienlijk minder goed presteren, zich vaker en langduriger ziek melden en een hoger risico lopen om op termijn arbeidsongeschikt te raken (Taris, Houtman & Schaufeli, 2013). Bij (psychische) hulpverleners wordt burn-out in verband gebracht met een verminderde mate van empathie (Wilkinson et al., 2017) en met slechtere behandeluitkomsten (Delgadillo, Saxon & Barkham, 2018). Negatieve gevolgen voor de kwaliteit en continuïteit van behandelingen liggen hiermee op de loer. Kortom, mocht professionele zelfzorg niet voor psychische hulpverleners zelf hoog op de agenda

staan, dan komt er nog een argument bij: de patiënten.

Het bovenstaande illustreert het belang van professionele zelfzorg in de ggz. Het gaat hierbij onder meer over het hanteren van passende strategieën om overbelasting tegen te gaan en, minstens zo belangrijk, om het professioneel welbevinden te laten groeien. Toch blijft zelfzorg op veel plekken in de ggz en voor veel ggz-professionals een hardnekkig ondergeschoven kindje. Ironisch genoeg besteedt juist de ggz relatief weinig aandacht aan de gezondheid en het welzijn van de eigen medewerkers (Morse et al., 2012). Het lijkt exemplarisch voor de ggz-cultuur. Psychische hulpverleners worden goed opgeleid in het zorgen voor anderen, maar weinig in het goed zorgen voor zichzelf. Het onderwerp zelfzorg komt slechts marginaal voorbij in het opleidingscurriculum van de ggz, terwijl ggz-professionals hun eigen therapeutisch instrument zijn en zij dat instrument zorgvuldig moeten onderhouden.

VATBARE GGZ-PROFESSIONALS

Onderzoek van Răbu en anderen (2015) beschrijft, naast de mooie kanten van het vak, ook de schaduwzijde van werken in de ggz. Zij deden onderzoek bij ervaren psychotherapeuten en concluderen dat werken in de hulpverlening weliswaar de potentie biedt om openheid, groei, tolerantie en creativiteit te ontwikkelen, maar ook een kwetsbaarheid oplevert om overweldigd te raken door gevoelens van verantwoordelijkheid, twijfel, tekortschieten en wanhoop. Die overweldiging gaat ggz-professionals kennelijk niet in de koude kleren zitten, als we de cijfers mogen geloven.

Maar wat maakt psychische hulpverleners zo vatbaar voor overbelasting? In de literatuur worden verschillende factoren aangedragen die positief of negatief samenhangen met het ontwikkelen van overbelasting bij psychische hulpverleners. In het algemeen wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen organisatorische factoren (zoals de financiële situatie van de ggz, de complexiteit van de eigen caseload en wachtlijstproblematiek) en (intra)persoonlijke factoren (zoals zelfbeeld,

*Overwerken hangt samen met ernstige
burn-outklachten, problemen in de werk-privébalans,
een lagere werktevredenheid en een slechtere
kwaliteit van zorg*

Bouwen therapeuten over de jaren heen extra veerkracht op tegen het ontwikkelen van burn-outklachten óf besluiten therapeuten die hier extra gevoelig voor zijn al vroeg hun carrière in de ggz te beëindigen?

coping en kernopvattingen). Belangrijk om op te merken is dat veel studies een crosssectioneel design kennen, waardoor een samenhang niet vanzelfsprekend een oorzakelijk verband betekent.

Een meta-analyse door Simionato en Simpson (2018) van 40 studies onder psychotherapeuten wijst een lagere leeftijd, minder jaren werkervaring en overbetrokkenheid van de therapeut aan als grootste (persoonlijke) 'risicofactoren' voor het ontwikkelen van burn-outklachten. Daarnaast blijken een hoge mate van neuroticisme en perfectionisme, een lage mate van meegaandheid (*agreeableness*) en extraversie, en een emotiegericht of vermijdende copingstijl samen te hangen met het ontwikkelen van overbelasting. In een studie van Simpson en anderen (2019) onder psychologen worden problemen in de werk-privébalans en het behandelen van ingewikkelde, ontredderde patiënten aangewezen als belangrijke stressoren die (kunnen) leiden tot emotionele uitputting. Tegelijkertijd benadrukken zij de impact van specifieke onderliggende blauwdrukken in de persoonlijkheid van psychologen, die samenhangen met het ontwikkelen van emotionele uitputting (een beschrijving hiervan volgt verderop). Tot slot wijzen Luther en anderen (2017) overwerk aan als centrale factor voor tal van problemen bij ggz-professionals. Overwerken hangt samen met ernstiger burn-outklachten, problemen in de werk-privébalans, een lagere werktevredenheid en een slechtere kwaliteit van zorg.

Gelukkig zijn er ook 'beschermende' factoren aan te wijzen, dat wil zeggen: factoren die negatief samenhangen met het ontwikkelen van burn-out. Rupert en Kent (2007) onderzochten een grote groep Amerikaanse psychologen en komen concluderend tot de volgende strategieën in het tegengaan van burn-outklachten: een relativerende copingstijl die het werk in perspectief plaatst (onder meer door humor en het vasthouden aan de eigen professionele waarden), een zelfbewuste/-reflectieve houding (onder andere door zicht te hebben op de eigen krachten en

kwetsbaarheden) en een goede balans tussen werk en privé (bijvoorbeeld door voldoende tijd te besteden aan hobby's en sociale contacten).

Di Benedetto en Swadling (2014) spreken in hun studie onder Australische psychologen over de beschermende werking van mindfulness. Verder brengen zij meer jaren werkervaring in verband met het minder ontwikkelen van emotionele uitputting. Overigens uitte de onderzoekers twijfels over de richting van dit verband: bouwen therapeuten over de jaren heen extra veerkracht op tegen het ontwikkelen van burn-outklachten óf besluiten therapeuten die hier extra gevoelig voor zijn al vroeg hun carrière in de ggz te beëindigen? Het biedt een interessant vertrekpunt voor verder onderzoek.

GEMEENSCHAPPELIJKE BLAUWDRIJVEN Het is waardevol om op dit punt verder stil te staan bij de persoonlijke factoren, die samenhangen met het ontwikkelen van overbelasting, van ggz-professionals. Vanuit de literatuur valt namelijk op dat (verschillende typen) psychische hulpverleners veelal dezelfde onderliggende blauwdrukken in de persoonlijkheid, zogeheten vroege onaangepaste schema's, met elkaar delen. Vroege onaangepaste schema's worden door Young, Klosko en Weishaar (2016) gedefinieerd als algemene, disfunctionele patronen van herinneringen, emoties, overtuigingen en lichamelijke gewaarwordingen, die betrekking hebben op zichzelf en anderen. Ze zijn tijdens de kindertijd of adolescentie ontstaan en in de loop van de tijd verder uitgebreid (zie tabel 1 voor een omschrijving van de verderop in dit artikel aangehaalde schema's). Vroege onaangepaste schema's ontstaan wanneer aan emotionele basisbehoeften in de kindertijd niet of onvoldoende wordt voldaan. Wanneer deze schema's worden geactiveerd, kunnen (tijdelijke) gevoelstoestanden en coping-reacties optreden: zogeheten modi (Young, Klosko & Weishaar, 2016).

Uit onderzoek van Simpson en anderen (2019) blijkt dat,

gecorrigeerd voor organisatorische en demografische kenmerken, Meedogenloze normen en Zelfopoffering de meest voorkomende schema's zijn onder psychologen. Het gaat hierbij respectievelijk om de overtuiging dat je het nooit goed kan doen en harder je best moet doen, en om een sterke gerichtheid op de ander, waarbij andermans behoeften voorgaan ten koste van jezelf. Het zijn twee bekende hulpverlenersschema's. Vanuit hetzelfde onderzoek blijken meer primaire schema's als Verlating en Wantrouwen/misbruik en ook het schema Emotionele geremdheid emotionele uitputting het beste te voorspellen. Het gaat hierbij respectievelijk om de verwachting dat anderen je in de steek zullen laten, de overtuiging dat anderen misbruik van je zullen maken en het inhouden van je emoties met een sterke nadruk op rationaliseren. De meest voorkomende modi onder psychologen blijken de Onthechte beschermer (jezelf afschermen voor heftige gevoelens) en de Onthechte zelfsusser (afleiding zoeken in de vorm van zelsussend gedrag om negatieve emoties niet te hoeven voelen). Het zijn copingreacties die het contact met de eigen binnenwereld belemmeren, waardoor emotioneel goed zorgen voor jezelf onmogelijk wordt.

Hoewel een sterke gerichtheid op de ander, het hanteren van een hoge standaard en het niet ongefilterd laten doorsijpelen van negatieve emoties ongetwijfeld voor een deel kunnen bijdragen aan goed hulpverlenerschap, concluderen de onderzoekers dat bij een grote groep ondervraagden sprake is van dermate hoge scores dat wordt gesproken van disfunctionele coping. Deze studie legt een kwetsbaarheid bloot, in ieder geval onder psychologen, om vanuit dezelfde onderliggende blauwdrukken eerder emotionele uitputting te ontwikkelen. Overigens blijkt uit een studie van Manning-Jones, de Terte en Stephens (2016) dat psychologen betere zelfzorg rapporteren dan bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen; mogelijk omdat, zo suggereren de auteurs, psychologen zich bewuster zijn van zelfzorg als effectieve copingstrategie.

Dat veelvoorkomende, gemeenschappelijke schema's onder hulpverleners niet op zichzelf staan, komt terug in het *schema-focused model of occupational stress* (Bamber, 2006; Bamber & Price, 2006; Bamber & McMahon, 2008). Het model veronderstelt dat mensen met vroege onaangepaste schema's op onbewust niveau gedreven zijn een beroep te kiezen met soortgelijke dynamieken als de beschadigende omgeving en relaties die in de kindertijd bijdroegen aan het ontstaan van de schema's, met als (onbewust) doel de schema's te corrigeren. Dit impliceert dat de beroepskeuze van ggz-professionals niet op toeval berust en onbewust nogal wordt beïnvloed door de eigen levensgeschiedenis en de daaruit ontstane blauwdrukken in de persoonlijkheid. Een potentieel probleem hierbij is dat werken in de ggz zich uitstekend leent voor *re-enactment* van de eigen schema's (i.e. het herleven van de beschadigende ervaringen en relaties van vroeger en de daarmee samenhangende emoties). Dit risico doet zich volgens Bamber (2006) bij uitstek voor in een werkcontext die volledig *bestaat* uit interpersoonlijke interactie: de ggz. Er kunnen op die manier tal van relationele parallellen ontstaan tussen nu en vroeger. Juist psychische hulpverleners lopen daarmee het risico dat vroege onaangepaste schema's worden geactiveerd en dat oude dynamieken worden herleefd.

Waar sommigen door het opdoen van corrigerende emotionele ervaringen in staat zijn de eigen schema's te corrigeren, ontstaat voor anderen een (her)bevestiging van de schema's in plaats van de correctie die zij onbewust beogen. Dit onderscheid wordt, zo blijkt, vooral bepaald door de ernst en de rigiditeit van de betreffende schema's (Bamber & McMahon, 2008). De eerste (gelukkig grootste) groep komt tot een gezond functioneren, plezier in het werk en een lage stressbeleving; de laatste groep ontwikkelt gezondheidsproblemen en een hoge stressbeleving in het werk. Zij lijken extra vatbaar om overbelast te raken.

DISCIPLINE-SPECIEKE SCHEMA'S Bamber en McMahon (2008) tonen in een studie onder professionals werkzaam in de gezondheidszorg (verpleegkundigen, artsen, psychologen, managers en IT'ers) aan dat verschillende disciplines ieder hun eigen kenmerkende schema's bezitten, zogeheten discipline-specifieke schema's. Hoe sterker deze schema's zijn verankerd, des te forser de burn-outklachten, slechter de psychische gezondheid en hoger het ziekteverzuim. Het onderzoek illustreert dat sommige zorgprofessionals als gevolg van extremere schema's in combinatie met het interpersoonlijke karakter van de ggz (en daarmee de kans op *re-enact-*

*Eenieder moet zich realiseren
dat professionele zelfzorg
maatwerk is en blijft*

TABEL 1. UITLEG AANGEHAALDE SCHEMA'S (IN ALFABETISCHE VOLGORDE). HET BETREFT HIER NADRUKKELIJK GEEN VOLLEDIGE LIJST VAN ALLE SCHEMA'S.

EMOTIONELE GEREMDHEID	Je vindt dat je jouw emoties en impulsieve neigingen altijd in moet houden, omdat het uiten daarvan anderen zal schaden of tot schaamte, straf of verlating zal leiden.
KWETSBAARHEID VOOR ZIEKTE EN GEVAAR	Je verwacht dat jou elk moment iets vreselijks kan overkomen en dat je niets kan doen om jezelf te beschermen. Vaak ben je ook bang dat er ieder moment een ramp kan gebeuren. Deze angst voel je ook voor je dierbaren.
MEEDOGENLOZE NORMEN	Je vindt dat je altijd alles perfect moet doen en geen fouten mag maken. Je verwacht dat je het nooit goed genoeg kan doen en dat je harder je best moet doen.
VERLATING	Je verwacht dat iedereen je uiteindelijk in de steek zal laten. Je ziet anderen als onbetrouwbaar en onvoorspelbaar in hun steun en toewijding.
WANTROUWEN/MISBRUIK	Je verwacht dat anderen uiteindelijk op de één of andere manier misbruik van je zullen maken, je zullen bedriegen of je zullen vernederen.
ZELFOPOFFERING	Je vindt dat je jezelf vrijwillig moet opofferen voor anderen, die je als zwakker ziet dan jezelf. Als je aandacht schenkt aan jouw eigen behoeften, voel je je schuldig en vind je dat je de behoeften van iemand anders moet laten voorgaan.
ZICH RECHTEN TOE-EIGENEN	Je vindt dat je superieur bent aan anderen en speciale rechten hebt. Je verwacht dat je kan doen en laten wat je wilt, zonder rekening te houden met anderen. Je voelt je prettig bij de macht en controle die je ervaart over situaties en mensen.

Bron: Vereniging voor Schematherapie (2021)

ment) een aanmerkelijk hoger risico lopen op overbelasting en uitval dan andere zorgprofessionals.

Belangrijk om op te merken is dat de persoonlijke blauwdrukken niet enkel hoeven te leiden tot problemen. Ze kunnen voor een deel ook helpen bij de beroepsuitoefening. Een voorbeeld: in het onderzoek van Bamber en McMahon (2008) bleken de artsen hoger te scoren op de schema's Zich rechten toe-eigenen en Emotionele geremdheid dan de verpleegkundigen. Daarnaast bleken de artsen emotioneel geremder dan de psychologen. Vanuit de constatering dat artsen regelmatig (rationele) beslissingen over leven en dood moeten maken – waarbij vanzelfsprekend weinig ruimte bestaat voor al te veel wederkerigheid en emoties – krijgen

de genoemde schema's ook een meer positieve betekenis en zijn ze niet louter disfunctioneel.

Een ander voorbeeld: de verpleegkundigen scoorden hoger dan de zorgmanagers op de schema's Zelfopoffering en Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar. Het behoeft geen verdere uitleg dat deze empathische gerichtheid op de pijn en behoeften van de patiënt voor verpleegkundigen een waardevolle eigenschap kan zijn. De zorgmanagers scoorden juist weer hoger dan de verpleegkundigen op de schema's Meedogenloze normen en Zich rechten toe-eigenen. Ook deze schema's krijgen een positievere kleur binnen een context waarin leidinggeven en het nemen van zakelijke beslissingen zonder meer een gewenste kwaliteit is.

Bovenstaande voorbeelden tonen aan dat vroege schema's van invloed zijn op de beroepskeuze van (psychische) hulpverleners en deels kunnen helpen bij de beroepsuitoefening. Dit laatste geldt vermoedelijk vooral voor hulpverleners met milde en flexibele schema's. Tegelijkertijd moet de impact en het disfunctionele karakter van de genoemde schema's niet worden uitgevlakt. Wanneer ggz-professionals zich realiseren hoezeer zij onbewust gedreven zijn om voor een vak te kiezen dat sterke parallellen vertoont met hun vroegere levensgeschiedenis, wordt duidelijk hoe reëel de kans is dat deze parallellen kunnen raken aan de eigen kwetsbaarheden. Hoe ernstiger de schema's, des te forser de klachten en de problemen die eruit kunnen voortvloeien. Dit heeft uiteraard gevolgen voor het (professioneel) welzijn van psychische hulpverleners. Bovendien kan het kwalitatief goede patiëntenzorg ondermijnen.

Met deze constatering in het achterhoofd, hoe kan professionele zelfzorg in de ggz worden bevorderd?

De gevolgen van overbelasting raken niet alleen de ggz-professionals zelf, maar ook de patiënten die zij behandelen

ADVIEZEN VOOR VERBETERING

Een positieve noot is op zijn plaats: er is een grote groep ggz-professionals die zich in het werk goed staande houdt en adequate professionele zelfzorg toepast. Mogelijk gaat het hier (voor een deel) om de groep hulpverleners met milde en flexibele schema's. Zij zijn in staat om corrigerende emotionele ervaringen in het werk op te doen. De literatuur laat echter ook zien dat overbelasting onder ggz-professionals een veelvoorkomend verschijnsel is en dat verklaringen hiervoor in tal van factoren kunnen worden gevonden. Het risico op overbelasting is deels terug te voeren op de gemeenschappelijke vroege onaangepaste schema's van psychische hulpverleners, in combinatie met de interpersoonlijke context van de ggz. Zodoende ontstaat voor sommigen een rijpe voedingsbodem om overbelasting te ontwikkelen, leidend tot emotionele uitputting, burn-out, ziekmelding of zelfs uitval.

Vanuit verschillende invalshoeken zijn adviezen te formuleren over (het verbeteren van) professionele zelfzorg in de ggz. Dit artikel beoogt geenszins een volledige lijst van organisatorische en (intra)persoonlijke interventies weer te geven. Ook moet eenieder zich realiseren dat professionele zelfzorg maatwerk is en blijft. Het bestaat in vele vormen en smaken, afhankelijk van ieders behoeften. Er bestaat geen universeel recept en eigen regie in het maken van gezonde keuzes blijft belangrijk. Voldoende autonomie en zelfregie in het werk blijkt immers juist zo belangrijk voor het voorkómen van burn-outklachten (Aronsson et al., 2017; Bierings & Mol, 2012; Howard, 2008; Schaufeli & Greenglass, 2001).

Toch kunnen, gebaseerd op de literatuur, enkele algemene adviezen voor het bevorderen van professionele zelfzorg worden gegeven, op individueel en organisatieniveau.

VERBINDEN: HET ZELF EN DE ANDER Ggz-professionals dienen expliciet aandacht te hebben voor hun kwetsbaarheden, valkuilen en (disfunctionele) copingstrategieën. Het is belangrijk inzicht te hebben in de eigen herhalende schema's en kernopvattingen, het gedrag en de gevolgen ervan, evenals de bijbehorende (onderliggende) behoeften. Een goed zelfbewustzijn en zelfreflectief vermogen beschermen therapeuten tegen het ontwikkelen van burn-outklachten (Haarhoff & Thwaites, 2016; Haarhoff, Thwaites & Bennet-Levy, 2015; Rokach & Boulazreg, 2020; Rupert & Kent, 2007; Scott et al., 2021).

Haarhoff en Thwaites (2016) adviseren om, in het proces van reflecteren, onderscheid te maken tussen verschillende vormen van werkgerelateerde stress in de ggz: stress vanwege een moeilijke patiënt, een organisatorisch probleem of een impactvolle situatie, of eerder een zelf-geïnduceerde vorm van stress (denk bijvoorbeeld aan het schema Meedogenloze normen). Pas wanneer dit duidelijk is, kan men passend ingrijpen. Er bestaan verschillende werkboeken, ontwikkeld voor therapeuten en gebaseerd op de methodiek van *Self-Practice/Self-Reflection* (Bennet-Levy et al., 2001), om met tal van praktische oefeningen de zelfkennis te vergroten en te werken aan persoonlijke en professionele groei (zie o.a. Bennett-Levy et al., 2015; Farrell & Shaw, 2018).

Het toepassen van adequate professionele zelfzorg is weliswaar grotendeels een verantwoordelijkheid van de ggz-professional zelf, maar er is nadrukkelijk ook een positieve, emotioneel ondersteunende, collegiale werkcultuur nodig die door het gehele ggz-systeem wordt (uit-)gedragen (Killian, 2008). Simpson en anderen (2019) adviseren te streven naar een werkcultuur van zelfexpressie,

openheid, authenticiteit, kwetsbaarheid en interpersoonlijke verbondenheid. Het past bij de constatering dat het weghouden van emoties (zoals bijvoorbeeld bij het schema Emotionele geremdheid) emotionele uitputting in de hand werkt. Geuzinge (2015) noemt de verbinding met anderen, waarbinnen therapeuten hun innerlijke ervaringen en ontwrichtende gedachten kunnen bespreken, zelfs het meest krachtige en effectieve tegengif voor plaatsvervangende traumatisering in de ggz.

Concluderend komt het neer op het verbinden met het zelf, de ander en elkaar.

EEN GEZONDE WERKCULTUUR Voor het realiseren van een gezonde, beschermende werkcultuur keren in de literatuur veelal drie belangrijke begrippen terug: supervisie, intervisie en collegiale steun (bijv. Aronsson et al., 2017; Bakker, Demerouti & Euwema, 2005; Bierings & Mol, 2012; Crawford et al., 2010; Cushway & Tyler, 1994; Glassburn, McGuire & Lay, 2019; Hiebler-Ragger et al., 2021; Kapoulitsas & Corcoran, 2015; Killian, 2008; Kim, Ji & Kao, 2011; Latha, 2004; Lichner & Lovaš, 2016; Lloyd, King & Chenoweth, 2002; Manning-Jones, de Terte & Stephens, 2016; Rokach & Boulazreg, 2020; Schaufeli & Greenglass, 2001; Simpson et al., 2019). Het zijn algemene begrippen, die ondanks de normaliteit ervan niet inboeten aan belangrijkheid. Juist in een werksetting met een hoge werkdruk, emotionele belasting en verstoringen in de werk-privébalans, blijken collegiale steun en een goede supervisie relatie burn-outklachten te helpen voorkomen (Howard, 2008). Deze verbondenheid kan als het ware het effect van een hoge werkdruk op emotionele uitputting verzachten. Bovendien hangt collegiale steun samen met een hogere werktevredenheid (Luther et al., 2017; Scanlan & Still, 2019). Thompson, Frick en Trice-Black (2011) benadrukken de verantwoordelijkheid en actieve rol van supervisors richting hun supervisanten in het bespreekbaar maken van (dreigende) werkstress en emotionele uitputting. Niet alleen jonge ggz-professionals zijn gebaat bij collegiale steun, het blijkt ook voor oudere, ervaren therapeuten gedurende de gehele werkcarrière belangrijk (Răbu et al., 2015).

Een zelfzorgbevorderende werkcultuur kan verder worden gevoed door middel van zelfcompassie (Nelson et al., 2017), relativisering (Rupert & Kent, 2007) en humor (Gonot-Schoupsky, Garip & Sheffield, 2020; Manning-Jones, de Terte & Stephens, 2016). Zo kan het binnen intervisie en supervisie waardevol zijn om, naast het bespreken van persoonlijke worstelingen, ook aandacht te hebben voor de positieve aspecten van het werk (zoals behaalde therapie-

sultaten), de eigen professionele waarden (wat vind ik belangrijk in mijn werk en waarom doe ik dit werk?) en zogeheten bloopers (onhandige ervaringen van behandelaars; Van Lawick, persoonlijke communicatie, 4 juni 2020). Het kan ggz-professionals helpen de hoge prestatie en overmatig zelfkritische houding naar een verantwoord niveau terug te brengen, teleurstellingen en onhandigheden in het werk te normaliseren, en het werk positieve betekenis te geven. Prima zelfzorg dus.

Samenvattend vormt een ondersteunende werkcultuur met collegiale verbondenheid een essentiële schakel in het realiseren van een gezond werkklimaat, waarin professionele zelfzorg goed kan gedijen. Psychische hulpverleners hebben steun en verbinding nodig, net als ieder ander. Het sluit aan bij de algemene bevinding dat werknemers die een gebrek aan steun van collega's en leidinggevend ervaren meer kans lopen op het ontwikkelen van burn-out (Bierings & Mol, 2012).

Maar hoe kunnen ggz-professionals bijdragen aan een open, zelfreflectieve werkcultuur, waarin ruimte bestaat voor (het delen van) kwetsbaarheden in een context van interpersoonlijke verbondenheid? In het licht hiervan is het waardevol om de kwetsbaarheidscyclus te bespreken.

DE KWETSBAARHEIDSCYCLUS De kwetsbaarheidscyclus, zoals beschreven door Scheinkman en Fishbane (2004), is een gangbaar model binnen de systeemtherapie. Het model wordt veelal gebruikt in partnerrelatietherapieën, maar blijkt ook van waarde voor gebruik in intervisie en supervisie. De kwetsbaarheidscyclus kan een hulpmiddel zijn om ervaren stress en negatieve emoties tijdens de beroepsuitoefening te begrijpen en hanteren.

De kwetsbaarheidscyclus gaat ervan uit dat eenieder kwetsbaarheden bezit, die in het contact met de ander kunnen worden geraakt en geactiveerd. Dit leidt tot ingeslepen overlevingsgedrag en -strategieën. Zodoende ontstaat een interacterende cirkel van kwetsbaarheden en overlevingsgedragingen. Kwetsbaarheid wordt in dit model gedefinieerd als een overgevoeligheid die iemand uit het verleden of de actuele context overbrengt naar de intimiteit van de relatie. Het zijn oude wonden, die nog pijn doen als je ze aanraakt. Schematherapeuten zullen in dit verband spreken van vroege onaangepaste schema's. Overlevingsgedrag wordt in het model gedefinieerd als strategieën die iemand gebruikt om de eigen kwetsbaarheden te beschermen en hanteren. Het zijn vastgeroeste gewoontes. In schematermen wordt eerder gesproken van disfunctionele

VERA: DE KWETSBAARHEIDSCYCLUS IN INTERVISIE.

Vera werkt als psycholoog op een afdeling voor persoonlijkheidsproblematiek. De heer B., bekend met depressieve klachten en een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, is sinds vier maanden bij haar in behandeling. B. komt nauwelijks in beweging en lijkt weinig verantwoordelijkheid voor zijn behandeling te nemen. Ze merkt op dat ze steeds directiever wordt en bij tijd en wijle ook ergernis in contact met B. ervaart. Ze ziet steeds meer op tegen de behandelsessies met B. en besluit dit in intervisie in te brengen.

Met behulp van de kwetsbaarheidscyclus proberen Vera en haar collega's te begrijpen wat er gebeurt. Vera brengt haar worsteling in en voelt zich, door de validerende reacties van haar collega's, uitgenodigd om stil te staan bij haar kwetsbaarheden. Ze verbindt haar ergernis met een gevoel van machteloosheid, namelijk dat het haar niet goed lukt om de behandeling van B. vlot te trekken. Geërgerd roept Vera dat het soms voelt alsof de heer B. helemaal geen contact met haar maakt.

Collega's vragen haar of ze dit gevoel herkent van een eerder moment in haar leven. Het doet haar denken aan het vroegere contact met haar vader, die het grootste deel van haar jeugd met depressieve klachten thuis zat. Vera voelde zich door hem vaak niet gezien, een gevoel dat er ook in contact met anderen nog altijd snel kan zijn (kwetsbaarheid). Als kind probeerde ze veel voor haar vader te zorgen en hem uit de put te trekken. Het was voor haar, als oudste kind binnen het gezin, een manier om zich geliefd en gewaardeerd (een 'goed' kind) te voelen. Het was een voedingsbodem voor het ontwikkelen van het schema Zelfopoffering. Vanuit dit schema heeft ze de neiging het contact met haar binnenwereld te verliezen en, vanwege haar drang om een 'goede' hulpverlener te zijn, vooral bezig te zijn met de ander.

De dynamiek die Vera als kind in het contact met haar vader ervoer, speelt nu ook op in de behandeling van B. Ze voelt zich geen goede hulpverlener, met als gevolg dat ze steeds harder gaat werken (overlevingsgedrag), net als vroeger, in de hoop hem in beweging te krijgen. Vera en haar collega's wisselen van gedachten over hoe haar overlevingsgedrag van invloed kan zijn op de binnenwereld van B. Ze hypothetiseren dat haar neiging om B. op sleeptouw te nemen zijn minderwaardigheidsgevoelens en de geïnternaliseerde stem van zijn ouders ('zie je wel, je kan het niet') wel eens zou kunnen versterken (kwetsbaarheid). Om deze negatieve gevoelens te tackelen, trekt hij zich mogelijk alleen maar verder terug (overlevingsgedrag). Vera heeft vervolgens het gevoel dat de behandeling haar steeds meer door de vingers glipt en gaat nog harder werken. De kwetsbaarheidscyclus herhaalt zich.

De bewustwording van en het inzicht in deze dynamiek zorgen ervoor dat Vera meer in contact staat met haar binnenwereld. Het helpt haar dat sommige collega's deze dynamiek herkennen. Door de steun die zij van haar collega's ontvangt, voelt ze zich gezien. Vera kan haar worsteling nu in perspectief plaatsen en normaliseren. Het lukt haar meer compassie voor zichzelf én voor B. op te brengen. Vera neemt zich met hernieuwde energie voor om de ontstane dynamiek, ten dienste van de behandeling, te gaan bespreken met B.

coping. De kwetsbaarheidscyclus helpt zicht te krijgen op de eigen gevoelige snaren, de hiermee samenhangende overlevingsstrategieën en de invloed hiervan op de dynamiek en interactie met de ander. Die ander kan een patiënt, een collega of een leidinggevende zijn.

Het doorlopen van de kwetsbaarheidscyclus in intervisie en supervisie gebeurt in een aantal fasen (Van der Elst, persoonlijke communicatie, 3 juli 2020). In de eerste fase brengt de inbrenger een probleem in relatie tot de ander in en draait het om het valideren van de inbrenger. Het is een belangrijke stap om een veilige, uitnodigende context te creëren en te kunnen afdalen naar moeilijke emoties en kwetsbaarheden. In de tweede fase wordt met elkaar onderzocht waar de inbrenger is geraakt (kwetsbaarheid).

Een open, nieuwsgierige, samenwerkende en niet-veroordelende houding is hierbij van belang. Het draait om het écht willen snappen en het meevoelen met de inbrenger. In de derde fase wordt zicht verkregen op het overlevingsgedrag van de inbrenger: wat ga je *doen* als je wordt geraakt? Welke overlevingsstrategie zet je, mogelijk onbewust, in om met je (over)gevoeligheid om te gaan? In de vierde, laatste fase worden de eigen kwetsbaarheden en gedragingen teruggebracht in relatie tot de ander. Hoe raakt jouw coping de kwetsbaarheid van de ander? Tot welk overlevingsgedrag leidt dit bij de ander? En hoe raakt dit gedrag van de ander de inbrenger weer in zijn/haar kwetsbaarheid?

Dit écht snappen leidt ertoe dat de inbrenger compassie voor zichzelf, de ander en elkaars gekwetste stuk kan

opbrengen. Dat er verbinding ontstaat in het zelf en met de ander. De kwetsbaarheidscyclus draagt op deze manier, via een proces van zelfreflectie en verbinden, bij aan gezonde zelfzorg en goed hulpverlenerschap.

TOT BESLUIT

Dit artikel beoogt professionele zelfzorg voor ggz-professionals in het post-coronatijdperk hoog op de agenda te zetten én te houden. Het artikel benadrukt de risico's die optreden als professionele zelfzorg in de hectiek van alledag raakt ondergesneeuwd. Overbelasting van ggz-professionals blijkt wereldwijd een veelvoorkomend fenomeen. Professionele zelfzorg heeft te maken met de eigen gezondheid, de eigen (basis)behoeften en de eigen verantwoordelijkheden. Het is niet iets dat iemand overkomt. Psychische hulpverleners moeten er proactief iets voor doen, of laten. Hierbij hebben zij de verbinding met elkaar nodig. Gezonde zelfzorg is een relationeel thema. Tijdens de coronapandemie leverde dit een ingewikkelde paradox op. Juist in een tijd waarin het risico op overbelasting toenam, hadden ggz-professionals minder intensief contact met elkaar. Het is belangrijk dat ggz-professionals zich realiseren wat de (lange termijn) gevolgen hiervan kunnen zijn op hun (professionele) welzijn en dat zij van collegiale verbondenheid – binnen de regels van het toelaatbare – een noodzaak maken, juist in tijden waarin dit nodig is.

Professionele zelfzorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van ggz-professionals (door krachtig kwetsbaar en voldoende open te zijn over wat er speelt), van leidinggevers en bestuurders van ggz-organisaties (door een gezonde werkcultuur van bovenaf te faciliteren), en van ggz-opleidingsinstellingen en beroepsverenigingen (door professionele zelfzorg onderdeel te maken van het opleidings- en nascholingscurriculum). Het pleidooi van Oprel (2013) om zelfzorg als herregistratie-eis voor psychotherapeuten op te nemen sluit hier naadloos op aan. Laat eenieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid een steentje bijdragen aan een gezonde, zelfzorgbevorderende werkcultuur in de ggz. Het is een belangrijke – zo niet noodzakelijke – stap richting kwalitatief goede patiëntenzorg.

OVER DE AUTEUR

Drs. Patrick Adrichem is gz-psycholoog in opleiding tot Specialist. E-mail: p.adrichem@gmail.com.

De auteur dankt Jenny Broersen, klinisch psycholoog en psychotherapeut, voor de waardevolle feedback die zij op een eerdere versie van dit artikel gaf.

Summary

PROFESSIONAL SELF-CARE FOR MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

P. ADRICHEM

During the first Covid-19 outbreak the mental and physical health of mental health professionals deteriorated. However, emotional exhaustion and burn-out amongst mental health professionals is not a typical Covid-19 phenomenon. This article highlights the importance of professional self-care, mainly from a schema-focused perspective. Various vulnerability factors for developing emotional exhaustion and burn-out amongst mental health professionals, like the influence of common early maladaptive schemas, are discussed. The intense interpersonal nature of working in mental healthcare turns out to be an optimal breeding ground for re-enactments of these early maladaptive schemas, associated with occupational stress and work dysfunctions. A work culture that values self-awareness, openness and interpersonal connectedness is promoted. From a systemic perspective the vulnerability cycle is presented for use in supervision and intervention.

Literatuur

- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Traskman-Bendz, L. & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 1–13.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Euwema, M. C. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170–180.
- Bamber, M. R. (2006). *CBT for occupational stress in health professionals: introducing a schema focused approach*. London and New York: Routledge.
- Bamber, M. & McMahon, R. (2008). Danger - Early maladaptive schemas at work!: the role of early maladaptive schemas in career choice and the development of occupational stress in health workers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(2), 96–112.
- Bamber, M. & Price, J. (2006). A schema focused model of occupational stress. In M. R. Bamber (Ed.), *CBT for occupational stress in health professionals: introducing a schema focused approach* (pp. 149–161). London and New York: Routledge.
- Bennett-Levy, T., Thwaites, R., Haarhoff, B. & Perry, H. (2015). *Self-practice/self-reflection guides for psychotherapists. Experiencing CBT from the inside out: a self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Turner, F., Beatty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 203–220.
- Bierings, H. & Mol, M. (2010). Burn-out: de rol van werk en zorg. *Centraal Bureau Voor de Statistiek*, 10.
- Bon-Martens, M. Van, Doesum, T. Van, Leone, S., De Beurs, D., Kroon, H. & Shields-Zeeman, L. (2020). Impact van de coronacrisis op het werk en welzijn van professionals voor psychische hulp: eindrapport. *Trimbos Instituut*.
- Crawford, M. J., Adediji, T., Price, K. & Rutter, D. (2010). Job satisfaction and burnout among staff working in community-based personality disorder services. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 196–206.

- Cushway, D. & Tyler, P.A. (1994). Stress and coping in clinical psychologists. *Stress Medicine*, 10(1), 35–42.
- Delgadillo, J., Saxon, D. & Barkham, M. (2018). Associations between therapists' occupational burnout and their patients' depression and anxiety treatment outcomes. *Depression and anxiety*, 35(9), 844–850.
- Di Benedetto, M. & Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health and Medicine*, 19(6), 705–715.
- Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2018). *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out: a Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*. Guilford Publications.
- Geuzinge, R. (2015). Concrete zelfzorgstrategieën voor de psychotherapeut Compassie versus empathie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 53(3), 197–212.
- Glassburn, S., McGuire, L.E. & Lay, K. (2019). Reflection as self-care: models for facilitative supervision. *Reflective Practice*, 20(6), 692–704.
- Gonot-Schoupsky, F.N., Garip, G. & Sheffield, D. (2020). Laughter and humour for personal development: a systematic scoping review of the evidence. *European Journal of Integrative Medicine*, 37, 1–57.
- Haarhoff, B. & Thwaites, R. (2016). *Reflection in CBT*. Los Angeles: SAGE.
- Haarhoff, B., Thwaites, R. & Bennett-Levy, J. (2015). Engagement With Self-Practice/Self-Reflection as a Professional Development Activity: the Role of Therapist Beliefs. *Australian Psychologist*, 50(5), 322–328.
- Hiebeler-Ragger, M., Nausner, L., Blaha, A., Grimmer, K., Korlath, S., Mernyi, M. & Unterrainer, H. F. (2021). The supervisory relationship from an attachment perspective: Connections to burnout and sense of coherence in health professionals. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(1), 124–136.
- Howard, F. (2008). Managing stress or enhancing wellbeing? Positive psychology's contributions to clinical supervision. *Australian Psychologist*, 43(2), 105–113.
- Kapoulitsas, M. & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: a qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work*, 14(1), 86–101.
- 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.
- Kim, H., Ji, J. & Kao, D. (2011). Burnout and physical health among social workers: a three-year longitudinal study. *Social Work*, 56(3), 258–268.
- Latha, K.S. (2004). Work-related stress among health professionals and coping mechanisms. *Indian Journal of Social Work*, 65(2), 190–212.
- Lichner, V. & Lovaš, L. (2016). Model of the Self-Care Strategies Among Slovak Helping Professionals. *Qualitative Analysis of Performed Self-Care Activities*, 5(1), 107–111.
- Lloyd, C., King, R. & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: a review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255–265.
- Luther, L., Gearhart, T., Fukui, S., Morse, G., Rollins, A.L. & Salyers, M.P. (2017). Working Overtime in Community Mental Health: associations with Clinician Burnout and Perceived Quality of Care. *Psychiatry Rehabilitation Journal*, 40(2), 252–259.
- Manning-Jones, S., De Terte, I. & Stephens, C. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; a comparison study. *New Zealand Journal of Psychology*, 45(1), 20–29.
- Maslach, C. (1993). Burnout: a Multidimensional Perspective. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Morse, G., Salyers, M.P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M. & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341–352.
- Nelson, J.R., Hall, B.S., Anderson, J.L., Birtles, C. & Hemming, L. (2017). Self-Compassion as Self-Care: a Simple and Effective Tool for Counselor Educators and Counseling Students. *Journal of Creativity in Mental Health*, 13(1), 121–133.
- Opel, D. (2013). Wie zorgt er voor de psychotherapeut? *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 39(2), 124–126.
- Räbu, M., Moltu, C., Binder, P.E. & McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research*, 26(6), 737–749.
- Rokach, A. & Boulazreg, S. (2020). The COVID-19 era: how therapists can diminish burnout symptoms through self-care. *Current Psychology*, (1997).
- 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. & Morgan, D.J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544–550.
- Scanlan, J.N. & Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Services Research*, 19(62), 475–476.
- Schaufeli, W.B. & Greenglass, E.R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16(5), 501–510.
- Scheinkman, M. & Fishbane, M.D. (2004). The vulnerability cycle: working with impasses in couple therapy. *Family Process*, 43(3), 279–299.
- Scott, J., Yap, K., Bunch, K., Haarhoff, B., Perry, H. & Bennett-Levy, J. (2021). Should personal practice be part of cognitive behaviour therapy training? Results from two self-practice/self-reflection cohort control pilot studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 150–158.
- Simionato, G.K. & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: a systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 74(9), 1431–1456.
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., Vreeswijk, M. F. van, Hayes, C., Souleris, C. & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: the role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 26(1), 35–46.
- Taris, T., Houtman, I. & Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift Voor Arbeidsvraagstukken*, 29(3), 241–257.
- Thompson, E.H., Frick, M.H. & Trice-Black, S. (2012). Counselor-in-Training Perceptions of Supervision Practices Related to Self-Care and Burnout. *The Professional Counselor*, 1(3), 152–162.
- Vereniging voor Schematherapie (2021, 1 juni). Overzicht schema's en modi. Geraadpleegd op 10 januari 2022, van <http://www.schematherapie.nl/document/overzicht-schemas.pdf>
- Vinkers, C., Tijdsink, J., Gerritse, F., Pattyn, T., Wit, L. de & Visscher, A. (2020). *De Psychiaterthermometer*. 1–22.
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L. & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: a systematic review. *Burnout Research*, 6, 18–29.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2016). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten* (P. van der Kaaij, Vert.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.