

Acute en chronische werkstress

Implicaties voor psychische gezondheid

Eleonore van der Ploeg, Rolf J. Kleber en Peter G. van der Velden*

Summary

Acute and chronic stress at work: Implications for psychological health
People working in medium or high risk professions are often confronted with critical incidents at the workplace. The impact of this acute stress has been investigated by several researchers. Besides acute stress many workers are experiencing chronic stress. This article concerns the effect of acute and chronic stress on health. This effect is investigated in two samples; bank-employees and forensic doctors. In both groups it was found that the more traumatic events people experienced, the more problems they had in coping with the traumatic events. Bank-employees confronted with chronic stress had more health problems than those who were not experiencing chronic stress. In this sample, no interaction was found between the two forms of stress. In the sample of forensic doctors, there appeared to be an effect of chronic stress on health problems and an interaction between chronic and acute stress on health problems.

Inleiding

Schokkende gebeurtenissen zijn gebeurtenissen, zoals geweldsmisdrijven, rampen, de plotselinge dood van een naaste, ongevallen en andere calamiteiten. Grote machteloosheid, acute ontwrichting van het individuele bestaan en extreem gevoel van onbehagen zijn kenmerkend voor schokkende gebeurtenissen. Zij leiden tot een verwerkingsproces dat veelal gepaard gaat met diverse klachten, zoals intense angst, boosheid, zelfverwijten en verdriet. Dit proces kan geruime tijd duren en resulteert uiteindelijk idealiter in de integratie van de zeer ingrijpende ervaring en haar consequenties in het psychisch functioneren van de persoon (Kleber & Brom, 1992). Soms echter lukt het mensen niet dergelijke ervaringen te hanteren. Ze beleven de gebeurtenis steeds weer opnieuw en lijden aan een scala van emotionele problemen: preoccupatie met de gebeurtenis, intense woede en irritaties, angst en gevoelens van onveiligheid, hulpeloos-

nis doen denken, hebben nachtmerries en voelen zich 'verdoofd' of vervreemd van anderen. In een aantal gevallen gaan zij zo sterk gebukt onder het gebeurde en worden zij zodanig in hun functioneren beperkt dat de diagnose posttraumatische stress-stoornis (PTSS) op hen van toepassing is (DSM IV; American Psychiatric Association, 1994). Andere mogelijke vormen van psychopathologie na een schokkende gebeurtenis zijn stemmings-, angst- en dissociatieve stoornissen (Kleber, 1997).

Wat is nu de relevantie van deze kennis over schokkende gebeurtenissen en de consequenties ervan voor de werksituatie? Mensen die werkzaam zijn in zogeheten risicoberoepen, zoals politiemensen, brandweerlieden en treinconducteurs, kunnen in hun werksituatie geconfronteerd worden met gebeurtenissen die acute machteloosheid en ontwrichting teweeg brengen: gijzelingen, overvallen, bedrijfsongelukken, agressiviteit van klanten, de dood van een naaste collega en grootschalige calamiteiten. Het aantal overvallen op bedrijven (zoals geldinstellingen, tankstations) bedroeg 1966 in het jaar 1998 en dit aantal neemt geleidelijk toe sinds 1995 (Keus, 1999). Van bijvoorbeeld benzinstations krijgt 35% regelmatig te maken met overvallen en agressief gedrag (Van Erpecum, 1999). Het optreden van deze gebeurtenissen en de nasleep ervan vormen een reëel probleem ook voor het bedrijfsleven, zeker sinds de ARBO-wet werkgevers verplicht zorg te dragen voor de veiligheid en gezondheid van hen die door geweld en incidenten zijn getroffen.

In verschillende onderzoeken naar schokkende gebeurtenissen op het werk is aangetoond dat deze vormen van acute stress ernstige gevolgen kunnen hebben voor werknemers. Uit onderzoek van Gersons (1989) blijkt bijvoorbeeld dat 46% van de politieagenten die een schietincident hebben meegemaakt vijf tot twaalf jaar na het schietincident voldoet aan de criteria voor posttraumatische stressstoornis. Uit onderzoek van Van der Velden en Herpers (1994) blijkt dat personeelsleden van een psychiatrisch ziekenhuis meer gezondheidsklachten rapporteerden, naarmate zij vaker bedreigd werden met fysiek agressief gedrag van de patiënten. Uit onderzoek van McFarlane (1988) komt naar voren dat brandweerlieden die chronische PTSS rapporteren meer negatieve levensgebeurtenissen hebben meegemaakt. Ook uit onderzoek van Bryant en Harvey (1996) bij brandweerlieden blijkt dat hoe meer ingrijpende gebeurtenissen zij meegemaakt hebben, des te meer posttraumatische en algemene gezondheidsklachten zij rapporteren. De verklaring voor dit accumulereffect is dat door het meemaken van de ingrijpende gebeurtenissen de kwetsbaarheid van de werknemers toeneemt. Ziekteverzuim, spanningen op het werk en andere werkgerelateerde verschijnselen zijn dan ook reacties die in elk van de bovengenoemde onderzoeken naar voren komt. Uit deze en andere studies over schokkende gebeurtenissen in de werksituatie blijkt dat theoretische inzichten en concepten omtrent psychische verwerking en het ontstaan van posttraumatische symptomatologie goed bruikbaar zijn voor het begrijpen van de gevolgen van ingrijpende ervaringen in de werksituatie (onder anderen Hoken, 1993; Kleber & Van der Velden, 1996).

De bovenstaande bevindingen betreffen acute situaties in de werksituatie. In het merendeel van psychologische onderzoeken op het gebied van arbeid en gezondheid is de interesse voor stress in de arbeidssituatie echter alleen gericht geweest op chronische stress, zoals in studies naar werkdruk en rolonduidelijkheid (zie Schabracq, Winnubst & Cooper, 1996). Hoewel arbeids- en organisatiepsychologen zich ten tijde van de beide Wereldoorlogen bezig hebben gehouden met soldaten die uitputtingsverschijnselen vertoonden ten gevolge van blootstelling aan extreem belastende omstandigheden, is deze aandacht voor ingrijpende gebeurtenissen na die oorlogen afgenomen (Meijman & Schaufeli, 1996).

* Eleonore van der Ploeg is als onderzoeker in opleiding verbonden aan de Universiteit Utrecht, Capaciteitsgroep Klinische Psychologie. Rolf Kleber is verbonden aan de Universiteit Utrecht, Katholieke Universiteit Brabant, Tilburg en het Instituut voor Psycho-trauma te Zaltbommel. Peter van der Velden is verbonden aan het Instituut voor Psycho-trauma te Zaltbommel. Correspondentieadres: Universiteit Utrecht, Capaciteitsgroep Klinische Psychologie, drs. Eleonore van der Ploeg, Postbus 80.140, 3508 TC Utrecht. E-mail: E.vanderploeg@fss.uu.nl

Wat zijn de gevolgen voor de werknemer er als sprake is van beide vormen van stress? Men zou vanuit 'common sense' verwachten dat bij chronische werkstress het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis een nog grotere invloed op het welbevinden heeft. Dat lijkt zeker relevant nu in het recente onderzoek omtrent stress psychische vermoeidheid een centrale plaats inneemt. Psychische vermoeidheid wordt gezien als een resultaat van eerder geleverde mentale of fysieke inspanning en heeft betrekking op de aantasting van de psychische capaciteit om adequaat te handelen. Kenmerkende symptomen van vermoeidheid zijn toegenomen desinteresse en verminderde motivatie en een toenemende weerstand om het gewenste taakgedrag op een adequaat niveau in stand te houden, hetgeen tot uiting komt in irritatie en weerzin om tot (de gevraagde) activiteit over te gaan (Meijman & Schaufeli, 1996).

Hoewel klinische indrukken aangeven dat er een relatie bestaat tussen enerzijds ingrijpende gebeurtenissen en chronische stress en anderzijds psychische vermoeidheid, zijn deze samenhangen nauwelijks in onderzoek gestaafd. Ook theoretisch is er in de werkstressbenaderingen (zie bijvoorbeeld het Job Demand-Control Model van Karasek & Theorell, 1990) weinig plaats voor acute incidenten en calamiteiten. Toch zijn er aanwijzingen dat het negatieve effect van ingrijpende gebeurtenissen versterkt wordt door bronnen van chronische stress. Van der Velden en collega's (Van der Velden, Van der Burg, Steinmetz & Van den Bout, 1992) laten in onderzoek zien dat de consequenties van schokkende incidenten samenhangen met werkbelasting, rolspanningen en tekort aan sociale steun. Een studie van Muller, Mooren en Kleber (1996) wijst uit dat meer dan de helft van door geweld getroffen werknemers die in therapie waren, veelvuldig verzuimden (het ziekteverzuim bedroeg 69% bij aanvang van de therapie) en tevoren andere dergelijke acute ervaringen hadden meegemaakt.

De volgende onderzoeksvragen staan in dit artikel centraal: wat zijn de gevolgen van het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen in het werk voor het psychisch welbevinden en hoe verhouden deze gevolgen zich tot chronische werkstress?

Door de aard van de werkzaamheden van de twee onderzochte beroepsgroepen (bankpersoneel en wachtartsen) en de confrontatie met ingrijpende, oncontroleerbare gebeurtenissen, verwachten wij dat bij een deel van de medewerkers sprake is van psychische verwerkingsproblemen en daarbij horende symptomen. Tevens wordt verwacht dat er een interactie-effect tussen acute en chronische stress bestaat: een combinatie van acute en chronische stress leidt tot meer klachten dan op grond van de afzonderlijke stressoren verwacht kan worden. Daarnaast wordt verwacht dat deze beroepsgroepen een boven gemiddeld aantal burn-out klachten rapporteert als gevolg van wat zij meemaken tijdens het uitvoeren van hun werk, de hoge werkdruk en organisationele moeilijkheden.

Methode

Respondenten

In dit artikel worden de resultaten besproken van twee deelstudies. Beide steekproeven bestaan uit mensen die risicovolle beroepen uitoefenen. Zij maken door de aard van hun werkzaamheden gebeurtenissen mee die als ingrijpend worden ervaren door henzelf. De eerste deelstudie heeft betrekking op bankmedewerkers. Een deel van hen is één of meerdere keren het slachtoffer geworden van een overval tijdens hun werk. Een overval zorgt voor een intens gevoel van machteloosheid. Tijdens de overval is het personeel gedwongen, soms met grof geweld, geld of goederen af te geven of zijn er mensen meegenomen teneinde de

bank te dwingen geld of goederen af te staan. Daarnaast zijn deze bankemployés geconfronteerd met diverse reorganisaties (bijna altijd met een schaalvergroten karakter). Reorganisaties gaan gepaard met veranderingen en kunnen tot onzekerheid of spanningen bij het personeel leiden. Reorganisatie wordt in dit onderzoek opgevat als een chronische stressor, omdat het bij de betreffende instellingen ging om een jarenlang proces van veranderingen en fusies. De gegevens voor deze studie zijn in 1990 door het Instituut voor Psychotrauma verzameld. Het betreft hier secundaire analyses op het databestand.

De tweede beroepsgroep betreft wachtartsen. Wat het werk van de wachtartsen ingrijpend maakt, is dat zij in hun rol van forensische geneeskundige geconfronteerd worden met vaak oncontroleerbare situaties. Wachtartsen bieden medische verzorging aan arrestanten die soms agressief zijn. Bij mensen die op mysterieuze, onbekende wijze zijn overleden stellen zij de doodsoorzaak vast. Slachtoffers van een (zeden)delict worden onderzocht op eventuele sporen van de dader. Deze taken worden over het algemeen vervuld in de avonduren en weekenden. Mede doordat deze taken naast de 'gewone' werkzaamheden gedaan worden, is de werkdruk hoog. Bovendien is de financiële vergoeding voor deze verrichtingen relatief laag. Deze deelstudie heeft een explorerend karakter en maakt deel uit van het grootschalige NWO-onderzoeksprogramma 'Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie'.

Eerste deelstudie: bankpersoneel

Het Instituut voor Psychotrauma heeft destijds 21 spaarbanken verspreid over het hele land bereid gevonden om aan het onderzoek mee te werken. Uit het adressenbestand van de medewerkers die met bankovervallen kunnen worden geconfronteerd (baliëpersoneel en dergelijke) is een willekeurige steekproef van 40% getrokken en naar de privé-adressen van deze 1789 medewerkers is vervolgens de vragenlijst verstuurd. Een overval betekent in dit onderzoek 'een al dan niet geslaagde poging om bankmedewerk(st)ers (met geweld) te dwingen geld of goederen af te geven of een situatie waarin bankmedewerk(st)ers en/of klanten gevangen worden genomen of worden vastgehouden, om de bank te dwingen geld of goederen af te geven' (Van der Velden et al., 1992). In totaal zijn 1264 vragenlijsten geretourneerd (71%). Van de 1264 respondenten behoort 36% tot het mannelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd van het bankpersoneel is 32.7 jaar (SD = 9.9). De vrouwen zijn significant jonger dan de mannen ($\chi^2(9) = 175.4$; $p < .01$). De meeste medewerkers hebben een vaste partner (89%). Zes procent van de medewerkers heeft als hoogste opleidingsniveau lagere school, LAVO of LBO. Twintig procent van de medewerkers heeft een MBO-opleiding gevolgd. Het merendeel (51%) van het personeel heeft MAVO of HAVO als hoogste opleiding. Acht procent heeft als hoogste opleidingsniveau een VWO-opleiding en 15% heeft een HBO-opleiding of een universitaire opleiding gevolgd.

Tweede deelstudie: wachtartsen

De steekproef van de tweede deelstudie zijn artsen die bij drie Gemeentelijke Gezondheidsdiensten werkzaam zijn. In totaal zijn 35 vragenlijsten verspreid (respons 80%). De steekproef bestaat overwegend uit vrouwen (66.6%). De gemiddelde leeftijd is 39.2 (SD = 6.9). De vrouwen zijn significant jonger dan hun mannelijke collega's ($t(25) = 3.1$, $p < .01$). Allen hebben een vaste partner en tweederde heeft een of meer thuiswonende kinderen. Naar hoogst genoten opleiding is niet gevraagd, omdat alle wachtartsen academisch geschoold zijn.

Instrumentarium

Onafhankelijke variabelen in beide studies zijn maten voor acute en chronische stress. De afhankelijke variabelen zijn maten voor gezondheid, verwerking en vermoeidheid. Naast gestandaardiseerde vragenlijsten zijn in de vragenlijst zelf geconstrueerde vragen over demografische karakteristieken, de diverse kenmerken van de meegemaakte gebeurtenis en de specifieke werksituatie opgenomen. In de deelstudie onder bankpersoneel is chronische werkstress geoperationalsceerd als het meemaken van een reorganisatie. Gevraagd is of deze reorganisatie op dit moment spanningen met zich meebrengt. De respondenten konden deze vraag op een vijfpuntschaal beantwoorden (1=geen, 5=zeer veel).

In de twee deelstudies zijn niet geheel dezelfde standaardinstrumenten gehanteerd, met name omdat in de eerste deelstudie chronische werkstress van de medewerker slechts zijdelings aan de orde kwam en omdat instrumenten van het meten van burn-out en vermoeidheid toen niet ter beschikking stonden. Schema 1 biedt een overzicht van de gebruikte instrumenten in beide steekproeven.

In beide studies is de Schokverwerkingslijst (SVL, Brom & Kleber, 1985) opgenomen. Deze vragenlijst is de Nederlandse versie van de 'Impact of Event Scale' (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Zij bestaat uit 15 items. De persoon vult de lijst in met de door hem of haar meegemaakte ingrijpende gebeurtenis in gedachte. De Schokverwerkingslijst heeft betrekking op twee centrale dimensies in de psychische verwerking van een ingrijpende gebeurtenis, namelijk het herbeleven van de gebeurtenis en het vermijden van onaangename gevoelens of herinneringen in relatie tot de gebeurtenis. Voorbeelden van vragen zijn respectievelijk: 'beelden ervan schoten me in de gedachten' en 'ik probeerde het uit mijn herinnering te bannen'. De vragen worden beantwoord op een vierpuntschaal (0= helemaal niet, 1=zelden, 3=soms en 5=vaak). De betrouwbaarheid van deze vragenlijst is goed. De interne consistentie van de subschaal herbeleven is .90 in de studie bij bankpersoneel en .92 bij de wachtartsen en van de subschaal vermijden respectievelijk .83 en .84. Cronbachs alfa van de totale schaal is .92 in het onderzoek bij bankpersoneel en .94 bij de wachtartsen.

In de deelstudie bij bankpersoneel is de Nederlandstalige versie van de Symptom Checklist (SCL-90, Arrindell & Etema, 1986) afgenomen om gezondheidsklachten te inventariseren. De lijst bestaat uit acht subschalen (agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit, slaapproblemen) en een totaalscore. In de lijst worden 90 klachten genoemd, waarbij de vraag wordt gesteld hoeveel last ervan de persoon in de afgelopen week heeft gehad. Er zijn vijf antwoordcategorieën (1=helemaal niet, 5=heel erg). De Cronbachs alfa's van de acht subschalen liggen tussen de .66 en .88. De Cronbachs alfa van de totale lijst is .96. Aangezien de SCL-90 geen rechtstreekse meting is van (psychische)

vermoeidheid, hebben de drie auteurs onafhankelijk van elkaar items uit de SCL-90 geselecteerd die naar hun idee betrekking hebben op vermoeidheid. Op grond hiervan ontstond een zelfgeconstrueerde subschaal van vermoeidheid¹.

De interne consistentie van deze uit zeven items bestaande zelfgeconstrueerde subschaal is .80.

De Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS; Schaufeli & Van Dierendonck, 1994) is in de steekproef van wachtartsen gebruikt om burn-out-klachten te inventariseren. Deze schaal is de Nederlandstalige versie van de 'Maslach Burn-out Inventory' (Maslach & Jackson, 1986), die is ontwikkeld om in niet-contactuele beroepen burnout te kunnen meten. Burn-out wordt gezien als een werkgerelateerde psychische uitputtingstoestand die behalve door vermoeidheid en energieverlies gekenmerkt wordt door mentale distantie en een negatieve perceptie van de eigen competentie. De vragenlijst bestaat uit de volgende drie subschalen: Uitputting (U-schaal), Distantie (D-schaal) en Competentie (C-schaal). De zestien vragen worden gescoord op een zevenpuntschaal (van 0 nooit tot 6 dagelijks). Voorbeelden van vragen zijn 'Ik voel mij mentaal uitgeput door mijn werk' (uitputting), 'Ik twijfel aan het nut van mijn werk' (distantie) en 'Ik vind dat ik mijn werk goed doe' (competentie). De interne consistentie van de drie schalen is goed. De Cronbachs alfa is voor de U, D en C-schaal respectievelijk .84, .81 en .79.

In de tweede deelstudie (wachtartsen) is voorts de *Checklist Individuele Spankracht* (CIS; Vercoulen, Alberts & Bleijenbergh, 1999; Vercoulen, Swannink, Fennis, Galama, Van der Meer & Bleijenbergh, 1994) opgenomen. Deze vragenlijst is ontworpen om verschillende aspecten van vermoeidheid te meten. De 20 items worden gescoord op een zevenpuntschaal. De vragenlijst bestaat uit de volgende subschalen: subjectieve ervaring van vermoeidheid, concentratie, motivatie en fysiek activiteitsniveau. Voorbeelden van vragen behorende bij de subschalen zijn respectievelijk: 'Ik voel me fit', 'Nadenken kost me moeite', 'Ik zit vol plannen' en 'Er komt weinig uit mijn handen'. De interne consistentie van de CIS is goed. Cronbachs alfa voor de gehele schaal is .96. De Cronbachs alfa's voor Subjectieve Moeheid, Concentratie, Motivatie en Lichamelijke Activiteit zijn respectievelijk .95, .88, .86 en .85.

In het onderzoek bij de wachtartsen is gevraagd naar de beleving van de arbeidssituatie. Hiervoor is gebruik gemaakt van de *Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeidssituatie* (VBBA, Van Veldhoven & Meijman, 1994; Van Veldhoven, Meijman, Broersen & Fortuin, 1997). Deze vragenlijst beoogt de psychosociale arbeidsbelasting en werkstress te meten. Voorbeelden van vragen uit de vragenlijst zijn: 'Heeft u invloed op het werktempo?' (Kenmerken van het werk), 'Vindt u dat u voldoende betaald krijgt voor het werk dat u levert?' (Arbeidsvoorwaarden) en 'Heeft u conflicten met uw collega's?' (Werkorganisatie/relaties op het werk). De vragen worden gescoord op een vierpuntschaal (1=altijd, 4=nooit). De interne consistentie van de subschalen is goed, de Cronbachs alfa ligt tussen de .60 en .94. Om de scores te kunnen interpreteren worden de somscores omgezet in een gestandaardiseerde score die een waarde kan aannemen tussen de 0 en 100. Hoe hoger de score op de subschalen, des te meer sprake er is van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress.

Procedure

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verschillende methoden van data-analyse gebruikt. Bij het verwerken van de resultaten van het bankpersoneel is gebruik gemaakt van MANOVA. Bij de verwerking van de gegevens van de wachtartsen zijn 'one-sample' t-toetsen gebruikt. Daarnaast zijn Pearson cor-

Schema 1 Overzicht van de gebruikte gestandaardiseerde vragenlijsten in de twee deelstudies

		Bankpersoneel	Wachtartsen
Onafhankelijke variabelen	Verwerking van trauma Chronische werkstress	Schokverwerkingslijst (SVL)Reorganisatie (zelf-geconstrueerde vraag)	Schokverwerkingslijst (SVL)VBBA
Afhankelijke variabelen	Gezondheid (psychische klachten) Vermoeidheid	SCL-90Items uit SCL-90	CIS UBOS

relaties berekend om verbanden tussen de verwerking van acute stress en de mate van chronische stress en vermoeidheidsmaten te onderzoeken. Bij alle berekeningen is een significantieniveau van .05 gehanteerd.

Resultaten

Eerste deelstudie

Van de bankmedewerkers heeft 80% in het afgelopen jaar een reorganisatie meegemaakt. Reorganisaties hebben invloed op de beoordeling van de sfeer op het werk: mensen die geen reorganisatie hebben meegemaakt waarden de sfeer significant positiever ($t(395.6)=2.9$; $p < .01$). Voor ruim 20% van de medewerkers brengen deze reorganisaties redelijk tot zeer veel spanningen met zich mee.

In de afgelopen vijf jaar hebben 148 personen (12%) een overval of gijzeling meegemaakt. Overvallen medewerkers zijn negatiever over de sfeer op het werk dan hun collega's die geen overval hebben meegemaakt ($t(199.6)=1.8$; $p < .05$). Om te onderzoeken hoe de medewerkers van de banken deze ingrijpende gebeurtenis hanteren is gekeken naar de gemiddelde scores op subschalen en de totaalscore van de Schokverwerkingslijst. In Tabel 1 staan de gemiddelde scores van het bankpersoneel. Een score van 25 of hoger op de totaalscore van de SVL wordt gezien als een indicatie van een klinisch niveau van stress (Chemtob, Tomas, Law & Cremniter, 1997). Van het bankpersoneel hebben 28 mensen (19%) een score hoger dan dit gestelde criterium.

Om de gevolgen voor de gezondheid van het meemaken van een overval en/of van een reorganisatie te onderzoeken is een MANOVA uitgevoerd met de subschalen van de SCL-90 als afhankelijke variabelen. Uit deze analyse blijkt dat de interactie tussen bankoverval en reorganisatie niet significant is ($F(9,1252)=.45$, $p=.91$). In relatie tot de tweede onderzoeksvraag - wat is de interactie tussen acute en chronische stress ten opzichte van gezondheidsklachten? kan geconcludeerd worden dat er geen interactie bestaat tussen chronische en acute stress.

Beide hoofdeffecten zijn wel significant (bankoverval: $F(9,1253)=9.39$, $p < .001$; reorganisatie: $F(9,1253)=2.01$, $p < .05$). De bijbehorende univariate waarden zijn opgenomen in Tabel 2 en 3.

Vergeleken met de niet-overvallen medewerkers rapporteren de overvallen mensen significant meer gezondheidsklachten. Op alle subschalen van de SCL-90 scoren de mensen die met een overval zijn geconfronteerd hoger. Mensen die een reorganisatie hebben meegemaakt rapporteren significant meer angst, meer wantrouwen, meer depressieve symptomen en somatische klachten dan de mensen die geen reorganisatie hebben meegemaakt.

Tabel 1 Gemiddelde scores en standaarddeviaties op SVL voor wachtartsen ($N=24$) en bankpersoneel ($N=148$) die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt

	Bankpersoneel ($N=148$)		Wachtartsen ($N=24$)	
	M	SD	M	SD
Vermijden	4.7	6.7	3.8	5.7
Herbeleven	7.3	7.8	6.8	8.3
Totaal	13.1	15.0	11.7	15.2

Tabel 2 Verschil in gezondheidsklachten (SCL-90) tussen bankmedewerkers die wel en medewerkers die geen overval hebben meegemaakt

	M geen overval (SD) $N=1116$	M wel overval (SD) $N=148$	F-waarde	df	$p <$	KS- waarde
Agorafobie	7.4 (1.2)	8.4 (3.0)	50.9	1,1261	.001	1.6**
Angst	11.9 (3.0)	13.8 (5.4)	42.2	1,1261	.001	2.2***
Depressiviteit	20.0 (6.1)	21.9 (8.4)	10.0	1,1261	.01	1.2
Hostiliteit	6.9 (1.6)	7.3 (2.4)	5.9	1,1261	.05	0.9
Insufficiëntie in denken en handelen	11.4 (3.1)	12.5 (5.0)	14.5	1,1261	.001	1.4*
Slaapproblemen	4.0 (1.6)	4.7 (2.6)	23.3	1,1261	.001	1.6**
Somatische klachten	15.2 (3.8)	16.6 (5.7)	13.9	1,1261	.001	1.6**
Wantrouwen	22.5 (5.6)	24.3 (8.7)	10.6	1,1261	.001	1.0

* significantie niveau $p < .05$ ** significantie niveau $p < .01$ *** significantie niveau $p < .001$

Tabel 3 Verschil in gezondheidsklachten (SCL-90) tussen bankmedewerkers die wel en medewerkers die geen reorganisatie hebben meegemaakt

	M geen reorganisatie (SD) $N=253$	M wel reorganisatie (SD) $N=1011$	F-waarde	df	$p <$	KS- waarde
Agorafobie	7.4 (1.1)	7.6 (1.6)	0.9	1,1261	NS	0.4
Angst	11.6 (2.9)	12.2 (3.5)	4.2	1,1261	.05	1.6*
Depressiviteit	19.5 (5.7)	20.5 (6.6)	4.2	1,1261	.05	1.9**
Hostiliteit	6.9 (1.6)	6.9 (1.7)	0.2	1,1261	NS	0.4
Insufficiëntie in denken en handelen	11.2 (2.8)	11.6 (3.5)	1.9	1,1261	NS	0.6
Slaapproblemen	3.9 (1.6)	4.1 (1.8)	0.9	1,1261	NS	0.6
Somatische klachten	14.9 (3.4)	15.5 (4.2)	4.4	1,1261	.05	1.2
Wantrouwen	1.6 (4.4)	23.0 (6.4)	10.6	1,1261	.001	1.5*

* significantie niveau $p < .05$ ** significantie niveau $p < .01$

Daarnaast zijn de effecten van acute en chronische stress op vermoeidheid onderzocht, zoals gemeten met de zelfgeconstrueerde subschaal uit de SCL-90. Het interactie-effect tussen overval en reorganisatie op de vermoeidheidschaal blijkt niet significant ($F(1,1260)=1.78$, $p=.18$). Wel blijkt er sprake van een significant hoofdeffect van overval ($F(1,1260)=6.87$), $p < .01$). Het hoofdeffect van reorganisatie is daarentegen niet significant ($F(1,1260)=1.72$, $p=.19$). Alleen het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis, hier in de vorm van een overval, heeft invloed op vermoeidheid in die zin dat mensen die met een overval zijn geconfronteerd zich meer vermoeid voelen dan niet overvallen medewerkers.

Om het cumulerend effect te toetsen van het meemaken van meer overvallen zijn correlaties berekend met subschalen en de totaalscore van de SCL-90 en de SVL. Hieruit blijkt geen verband tussen het aantal meegemaakte bankovervallen en algemene gezondheidsklachten (SCL-90). Wel is er een verband tussen het aantal overvallen en verwerkingsklachten. Hoe meer overvallen, des te hoger de score op herbeleving ($r=.29$, $p < .001$), des te meer vermijding ($r=.33$, $p < .001$) en des te hoger de totaalscore op de SVL ($r=.34$, $p < .001$).

Tweede deelstudie

Van de 27 wachtartsen hebben 24 artsen (89%) de afgelopen vijf jaar één keer of vaker een ingrijpende gebeurtenis op het werk meegemaakt. Van deze 24 men-

sen zijn de gemiddelde scores op de subschalen van de SVL bekeken. Een aantal wachtartsen blijkt duidelijk problemen te hebben met de nasleep van de meemakende ingrijpende gebeurtenis(sen). De gemiddelde scores op de subschalen van de Schokverwerkingslijst zijn in Tabel 1 weergegeven. Vier artsen (17%) hebben op de SVL een score die duidt op van een klinisch niveau van stress.

Om het cumulatief effect te toetsen van het meemaken van meer ingrijpende gebeurtenissen zijn correlaties berekend tussen deze variabele en de scores op de SVL. Er blijkt een verband tussen het aantal ingrijpende gebeurtenissen enerzijds en herbeleving ($r=.49$, $p < .05$) en de totaalscore ($r=.41$, $p < .03$) anderzijds.

Om te inventariseren in hoeverre wachtartsen last hebben van burn-out klachten is gekeken naar het aantal mensen met scores boven de norm, zoals Schaufeli en Dierendonck (1994) die stellen. De wachtartsen rapporteren relatief veel burn-out-klachten. Vergeleken met gegevens van de normgroep, scoren zeven mensen (25.9%) relatief hoog op de subschaal uitputting (> 2.20), scoren 11 mensen (44.4%) relatief hoog op de subschaal distantie (> 2.20) en 9 mensen (33.3%) relatief laag op de subschaal competentie (< 3.50) (Schaufeli, 1995). Er zijn vier wachtartsen (15%) die relatief hoog scoren op alle drie dimensies.

Met betrekking tot vermoeidheid zijn de gemiddelde scores op de vier subschalen van de CIS en de totaalscore in Tabel 4 weergegeven. De gegevens van de wachtartsen zijn vergeleken met die van 53 gezonde controles uit het normonderzoek van Vercooulen et al., 1999. De twee groepen blijken significant van elkaar te verschillen op subjectieve vermoeidheid ($t(36)=2.5$; $p < .05$), concentratie ($t(26)=2.3$; $p < .05$) en op de totaalscore van de CIS ($t(26)=2.3$; $p < .05$). De wachtartsen scoren hierop hoger dan de gezonde controlepersonen. Dit houdt in dat zij meer vermoeidheid ervaren en zich minder goed kunnen concentreren.

Om de chronische werkstress onder de wachtartsen te inventariseren zijn de gemiddelde scores op de subschalen van de VBBA vergeleken met de gemiddelde scores van een normgroep. De referentiegegevens zijn afkomstig van mensen die eveneens werkzaam zijn in de gezondheidszorg (Van Veldhoven et al., 1997). De waarden van beide groepen zijn weergegeven in Tabel 5. Wachtartsen blijken significant meer emotioneel belast worden ($t(26)=4.7$, $p < .001$) vergeleken met andere werknemers in de gezondheidszorg en krijgen significant minder informatie over hun werk ($t(26)=4.0$, $p < .001$).

Vervolgens is met behulp van Pearson correlaties onderzocht wat het verband is tussen verwerkingsproblemen na de ingrijpende gebeurtenis (met andere woorden: de gevolgen van acute werkstress) en het ervaren van chronische werkstress. De volgende relaties blijken significant te zijn: hoe slechter de relatie met de leiding is, hoe meer de wachtartsen vermijden om aan de schokkende gebeur-

Tabel 4 Gemiddelde scores op de subschalen van de Checklist Individuele Spankracht van de wachtartsen en normgegevens van gezonde controles

	Wachtartsen (N=27)		Gezonde Controles (N=53)	
	M	SD	M	SD
Lichamelijke activiteit	6.9	3.7	6.6	4.5
Concentratie*	12.6	7.0	9.5	5.0
Subjectieve vermoeidheid*	23.4	2.9	17.3	10.1
Motivatie	9.7	4.9	7.9	4.1
Totaalscore*	52.5	25.4	41.5	19.8

*. $p < .05$

Tabel 5 Gemiddelde scores en standaarddeviaties van wachtartsen en referentiegroep op de subschalen van de VBBA

	Wachtartsen (N=27)		Referentiegroep		
	M	SD	M	SD	N
Communicatie	52.6	23.7	47.7	20.7	3656
Beloning	50.3	24.0	50.2	23.1	3409
Emotionele belasting*	45.4	12.6	4.4	14.9	4171
Informatie*	58.3	11.9	49.3	18.6	3850
Relatie met collega's	18.7	10.8	22.0	13.9	3953
Relatie met directe leiding	22.2	16.3	23.1	17.6	4316

* significant op $p < .001$

tenis te denken en te praten ($r=.52$, $p < .01$), maar tegelijkertijd blijken zij ook vaker de gebeurtenis te herbeleven ($r=.42$, $p < .05$) en scoren ze hoger op de totaalscore van SVL ($r=.46$, $p < .05$) en hoe slechter de communicatie, hoe meer de wachtartsen vermijden aan de gebeurtenissen te denken en erover te praten. ($r=.46$, $p < .03$).

Discussie

Uit de twee deelstudies komt naar voren dat het belangrijk is de confrontatie van werknemers met schokkende situaties in het werk en de diverse consequenties ervan te analyseren. Het meemaken van zeer ingrijpende gebeurtenissen (geweld, agressie, ongevallen) hangt significant samen met gezondheidsklachten, zowel klachten die specifiek zijn voor extreme stress (met name herbelevingen en vermijdingen) als algemene gezondheidsklachten. Het gaat dus niet louter om psychopathologie, bijvoorbeeld in de zin van posttraumatische stress-stoornis (Kleber, 1999). Helaas lijkt het erop dat ernstige incidenten en calamiteiten in het werk nogal eens over het hoofd worden gezien, in het wetenschappelijke onderzoek van zowel werkgerelateerde problematiek (zie de beperkte aandacht voor deze problematiek in handboeken: Drenth Thierry & De Wolf (1989) als traumatische stress (het handboek van Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (1996) verwijst ternauwernood naar de werksituatie). Weliswaar wijzen de ARBO-regelingen op de ernst en aard van onder meer gewelddadige voorvallen in het werk, maar de indruk bestaat dat de gevolgen van deze voorvallen ook in de praktijk nogal verwaarloosd worden (zie hiervoor Van der Velden, Hazen & Kleber, 1999).

Voorts blijkt dat reorganisaties leiden tot gezondheidsklachten. Wellicht kan deze uitspraak als een triviale opgevat worden, maar het is opvallend dat bij de consequenties van reorganisaties voor de gezondheid weinig of niet wordt stilgestaan. Dat is te betreuren, gezien de grote hoeveelheid van reorganisaties die in Nederlandse bedrijven plaatsvinden. In Studie 1 had maar liefst 80 procent van de werknemers er het afgelopen jaar mee te maken gehad. Ook uit onderzoek van Van Vuuren (1988) blijkt dat reorganisaties, inkrimpingen en bedrijfsfusies negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van medewerkers.

In dit artikel is reorganisatie opgevat als een chronische stressor. In het geval van het onderzoek bij de banken betrof het immers een proces van jaren met het doel om een aantal zelfstandige instellingen te laten fuseren zonder dat er sprake

ke was van gedwongen ontslagen. Deze reorganisaties brachten aanhoudende onzekerheden met zich mee over de invulling van de taken, de verandering van de CAO en andere essentiële zaken zoals huisvesting.

Het blijkt uit de resultaten van het onderzoek bij bankpersoneel dat er geen verband bestaat tussen acute en chronische stress in relatie tot klachten. Dit is een opmerkelijke bevinding. Chronische werkstress is echter in het bankonderzoek op een beperkte wijze geoperationaliseerd. Het is mogelijk dat andere indicatoren van chronische stress bijvoorbeeld werkdruk, communicatie en informatieverschaffing binnen de organisatie wel een verband laten zien met acute stress in relatie tot gezondheidsklachten. Het is ook mogelijk dat het verband niet gevonden is door het gebrek aan balans van het design. Door het hoge percentage (80%) dat een reorganisatie heeft meegemaakt zijn de groepen in de analyses (MANOVA) zeer verschillend in omvang. Het kan zijn dat deze relatie er niet is. Het gaat dan om twee afzonderlijke fenomenen. Misschien is een bankoverval zo overweldigend dat het niet uitmaakt voor de gezondheid van het slachtoffer of hij andere problemen heeft die minder ingrijpend zijn, zoals een reorganisatie. Wellicht heeft ook een reorganisatie niet voor iedereen negatieve gevolgen, omdat bijvoorbeeld een aantal medewerkers daardoor een promotie maakt. De interactie of beter gezegd het gebrek aan interactie, tussen acute en chronische stress dient verder onderzocht te worden. Bovenstaande bevinding gaat immers in tegen de in de inleiding genoemde klinische impressies en andere onderzoeksbevindingen. Ook het veel kleinschaliger onderzoek bij de wachtartsen (deelstudie 2) liet wel significante samenhangen tussen de gevolgen van ingrijpende voorvallen en chronische werkstress zien. Het was vooral opvallend hoe zeer met communicatie en informatieverschaffing gerelateerde zaken samenhangen met de consequenties van acute ervaringen.

Uit de resultaten volgt voorts dat er een cumulerend effect bestaat van acute stress. Hoe vaker werknemers met acute stressoren geconfronteerd worden, des te meer verwerkingsklachten optreden, zoals herbeleving en vermindering van de ingrijpende situatie. Deze bevinding is minder vanzelfsprekend dan zij lijkt. Er is ook de hypothese dat door het meemaken van deze gebeurtenissen mensen beter in staat zouden zijn nieuwe stress te hanteren. De weerbaarheid neemt toe: eerdere ervaringen hebben als een soort van inoculatie gewerkt. Dit blijkt echter in beide deelstudies niet het geval. Deze bevinding is in overeenstemming met de resultaten van andere onderzoeken, zoals de onderzoeken van McFarlane (1988) en Bryant en Harvey (1996).

Als mensen de sfeer op het werk als positief ervaren en zich gesteund en erkend voelen, zorgt dit ervoor dat de werknemers minder klachten hebben na schokkende gebeurtenissen. Zij zijn in een ondersteunende omgeving beter in staat de implicaties van schokkende gebeurtenis te hanteren. Deze conclusie is belangrijk, mede in het licht van de huidige discussie over de waarde van opvang van werknemers in bedrijven. De laatste jaren heerst enige twijfel over de effectiviteit van deze hulpverlening (Rose & Bisson, 1998). Uit studies komt echter naar voren dat gerichte traumazorg in bedrijven zinvol is, maar alleen als de leiding van de organisatie voldoende steun en erkenning verschaft (Stephens, 1997; Van der Velden et al., 1999).

Voorts blijken gebrek aan informatie in het werk, gebrek aan communicatie en minder zelfstandigheid gerelateerd aan vermoeidheid. Om vermoeidheid en burn-out te voorkomen is het belangrijk dat mensen invloed kunnen uitoefenen op de uitvoering van hun werk: bijvoorbeeld zelf bepalen hoe ze hun werk indelen, zelf bepalen in welk tempo zij hun werk willen uitvoeren. Een van de meest cruciale factoren in de consequenties van traumatische stress is het besef van beheersing (zie Rothbaum, Weisz & Snyder, 1982). Het is dan ook belangrijk dat

mensen terugkoppeling krijgen over het uitvoeren van hun werk.

Bij dit onderzoek zijn kanttekeningen te plaatsen. De steekproef van de studie onder de wachtartsen is erg klein (N=27). Er is echter wel een aanwijzing dat de gesignaleerde problemen te generaliseren zijn, omdat soortgelijke resultaten gevonden zijn onder andere beroepsgroepen, die geconfronteerd worden met schokkende gebeurtenissen (Van der Velden & Herpens, 1994). Nader onderzoek onder een grotere groep is noodzakelijk.

Een sterk punt van beide onderzoeken is het hoge responspercentage (71 en 80 procent). In onderzoek naar ingrijpende of traumatische gebeurtenissen komt vaak voor dat de responspercentages laag tot zeer laag zijn. Dit is vooral relevant, omdat de weigering van door geweld en calamiteiten getroffen mensen om deel te nemen aan onderzoek gerelateerd blijkt te zijn aan meer gezondheidsklachten (Weisaeth, 1989).

Het is de taak van de werkgever om de gevolgen van zeer ingrijpende ervaringen in de werksituatie en de daarmee samenhangende problemen, zoals weinig zelfstandigheid in het werk en slechte communicatie binnen de organisatie, te signaleren door goede informatie in te winnen bij de werknemers. Door optimale werkomstandigheden kunnen kosten van ziekteverzuim en uitval verminderd worden. Het ontwikkelen van een opvangbeleid voor getroffen medewerkers in risicoberoepen is wettelijk verplicht sinds de herziening van de Arbo-wet (met ingang van 1 november 1999). Er dient expliciet aandacht geschonken te worden aan de procedures en interventies die de met geweld en calamiteiten geconfronteerde werknemers in staat stellen naar behoren hun werk te verrichten.

Dankbetuiging

Dit artikel is geschreven in het kader van het NWO-prioriteitsprogramma 'Psychische Vermoeidheid in de Arbeidssituatie'. Onze dank gaat uit naar de coördinator Forensische Geneeskunde, mevrouw De Bakker-Theunissen van de Gemeentelijke GezondheidsDienst.

Noten

- 1 Items van de zelfgeconstrueerde schaal bevatten: Weinig puf/energie; Nergens meer belangstelling in hebben; Gevoel van leegte; Je moeilijk kunnen concentreren; Je lichamelijke ergens slap voelen; Zwaar voelen in armen/benen en Het gevoel dat alles moeite kost
- 2 Uit de Box's M waarde (Box's $M=824.2$, $F(108,18383)=72$, $p < .001$) blijkt dat een van de assumpties van MANOVA, homogeniteit van de covariantie matrices, geschonden wordt. Om te onderzoeken of de univariate toetsen van de twee hoofdeffecten geïnterpreteerd mogen worden zijn twee non-parametrische toetsen uitgevoerd. De resultaten van de Kolmogorov-Smirnov (KS-) toetsen leveren minder significante verschillen. Voor het hoofdeffect van bankoverval zijn de subschalen depressie, wantrouwen en hostiliteit niet significant en voor het hoofdeffect van de reorganisatie is de subschaal somatische klachten niet significant. De waarden van de KS-toetsen van bankoverval en reorganisatie zijn opgenomen in respectievelijk Tabel 2 en 3. Opgemerkt moet worden dat de Box's M toets zeer gevoelig is voor schending van de normaliteit (Stevens, 1996).

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4th. Ed.) Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *Symptom Checklist (SCL-90): Handleiding*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brom, D. & Kleber, R.J. (1985). De Schok Verwerkings Lijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 40, 164-168.
- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1996). Post-traumatic stress reactions in volunteer firefighters. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 51-62.
- Chemtob, C.M., Tomas, S., Law, W. & Crenniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- Drenth, P.J.D., Thierry, Hk. & Wolf, Ch.J. de (1989) (Red.). *Handboek arbeids- en organisatie psychologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Erpecum, I. van (1999). Benzinstations: Pompen van verzuipen. *SEC*, 13, 34-36.
- Gersons, B.P.R. (1989). Patterns of PTSD among police officers following shooting incidents: A two dimensional model and treatment implications. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 247-257.
- Holen, A. (1993). The North Sea oil rig disaster. In: J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress* (pp 471-478). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Keus, R. (1999). Overvallen: Feiten en cijfers. *SEC*, 13, 8-11.
- Kleber, R.J. (1997). Psychobiology and clinical management of posttraumatic stress disorder. In: J.A. den Boer (Ed.), *Clinical management of anxiety: Theory and practical applications* (pp. 295-319). New York: Marcel Dekker Inc.
- Kleber, R.J. (1999). *Het trauma voorbij: over de grenzen van de psychotraumatologie* (inaugurele rede). Tilburg: Tilburg University Press.
- Kleber, R.J. & Brom, D. In collaboration with Defares, P.B. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger
- Kleber, R.J., Brom, D. & Defares, P.B. (1986). *Traumatische ervaringen, gevolgen en verwerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kleber, R.J. & Velden, P.G. van der (1996). Acute stress at work. In: M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.) *Handbook of work and health psychology* (pp. 295-310). New York: Wiley.
- Kolk, B.A. van der, McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (1996) (Eds.). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual* research edition. Palo Alto, CA: University of California, Consulting Psychologist Press.
- McFarlane, A.C. (1988). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- Meijman, T.F. & Schaufeli, W.B. (1996). Psychische vermoeidheid en arbeid: Ontwikkelingen in de A&O-psychologie. *De Psycholoog*, 31, 236-241.
- Muller, E.C.L., Mooren, G.T.M. & Kleber, R.J. (1996). *Schokkende gebeurtenissen op het werk, klachten en behandeling: een analyse van dossiers*. Utrecht: Instituut voor Psychotrauma.
- Rose, S. & Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. & Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M. & Cooper, C.L. (Eds.) (1996). *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Schaufeli, W.B. & Dierendonck, D. van (1994). Burn-out, een concept gemeten: De Nederlandse versie van de Maslach Burn-out Inventory (MBI-NL). *Gedrag & Gezondheid*, 22, 153-172.
- Schaufeli, W.B. (1995). *Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS): Voorlopige Handleiding* (Intern rapport). Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Stephens, C. (1997). Debriefing, social support and PTSD in the New Zealand police: Testing a multidimensional model of organizational traumatic stress. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1. Retrieved February 3, 2000 from the World Web: <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/1997-1/cvsl.htm>
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Velden, P.G. van der, Burg, S. van der, Steinmetz, C.H.D. & Bout, J. van den (1992). *Slachtoffers van bankovervallen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Velden, P.G. van der, Hazen, K.H.M. & Kleber, R.J. (1999). Traumazorg in organisaties. *Gedrag & Organisatie*, 12, 397-412.
- Velden, P.G. van der & Herpers, Th.M.M. (1994). Agressie in een psychiatrisch ziekenhuis. *Gedrag & Gezondheid*, 22, 209-218.
- Veldhoven, M. van & Meijman, T.F. (1994). *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting met een vragenlijst: De Vragenlijst Beleving en Beoordeling van de Arbeidssituatie (VBBA)*. Amsterdam: NIA.
- Veldhoven, M. van, Meijman, T.F., Broersen, J.P.J. & Fortuin, R.J. (1997). *Handleiding VBBA: Onderzoek naar de beleving van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress met behulp van de vragenlijst beleving en beoordeling van de arbeid*. Amsterdam: SKB.
- Vuuren, C.V. van, Gastel, J.H.M. van & Klandermaans, P.G. (1988). Banen in gevaar: De beleving van onzekerheid over de arbeidsplaats. *Gedrag & Organisatie*, 1, 14-29.
- Vercoulen, J.H.M.M., Swannink, C.M.A., Fennis, J.F.M., Galama, J.M.D., Meer, J.W.M. van der & Bleijenbergh, G. (1994). Dimensional assessment of Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 383-392.
- Vercoulen, J.H.M.M., Alberts, M. & Bleijenbergh G. (1999). De Checklist Individual Strength (CIS). *Gedragstherapie*, 32, 131-136.
- Weisaeth, L. (1989). Importance of high response rates in traumatic stress research. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 355, 131-137.