

De hulpverlener: tussen afstand en nabijheid

Johan Maes, 2007

“If you are really doing the work, then it gets inside you” (A. Obholzer)

“Cliënten zijn slecht voor onze geestelijke gezondheid”(A. Obholzer)

*“”om zichzelf te zijn
is het nodig om afstand te nemen
van de dwang van het ideaal “(F. Nietzsche)*

Als psychotherapeut en als trainer is de dynamiek van de balans tussen Afstand en Nabijheid een vertrouwd thema, een dagelijkse opdracht, een boeiende uitdaging, maar soms op het scherpst van de snede, een weg niet zonder valkuilen.

Als therapeut is elke individuele sessie weer de balans bewaken tussen vertrouwde en veilige nabijheid en een gepaste afstand behouden om niet overspoeld te worden of de cliënt te overspoelen. Elke therapie of hulpverleningsrelatie fluctueert tussen deze twee polen. Dat evenwicht speelt niet alleen in elke afzonderlijke sessie, maar ook in onze globale aanpak en houding. De één zal zich als hulpverlener dichterbij de afstand-pool, de ander dichterbij de nabijheid-pool situeren. Of we merken dat sommige cliënten ons heel gemakkelijk uit evenwicht brengen en we té dicht komen of juist onaanraakbaar zijn, dat we willen redden of dat we willen doorverwijzen, dat we steeds over tijd gaan en in 't weekend stand by blijven; of dat we “die zaag “ maar niet kwijtraken.

Als trainer ervaar je dezelfde dynamiek tussen trainer en trainee, maar het is in cursussen en supervisies ook een steeds terugkerend thema. Het is hierbij mijn ervaring dat hulpverleners veel positiever staan t.o.v. de nabijheidspool (warm) terwijl zij afstand eerder negatiever benoemen (koud). Heel vaak stellen we vast dat de balans uit evenwicht is en zie je tegenoverdrachtreacties optreden vanuit één van de twee polen; zie je emotionele besmetting en signalen van secundaire traumatisering; verstrikkingen in defensiemechanismen of verkramppt vasthouden aan technieken en procedures; of zie je hulpverleners die de weg naar de burnout bewandelen en het point of no return bereiken.

Hoe kunnen we als hulpverleners die dagelijks in contact komen met trauma en getraumatiseerde mensen, met de emotionele pijn van patiënten/cliënten dat evenwicht tussen afstand en nabijheid bewaren en bewaken, waarom is dat belangrijk en voor wie?

Het is nl. zo, en dit blijkt uit tal van onderzoek naar de effecten van psychotherapie dat de **persoon** van de hulpverlener meer invloed heeft op het succes van de behandeling dan de **richting, methode of technieken** die gebruikt worden. Bovendien wordt een positief resultaat van behandeling vooral bepaald door een goede werkrelatie tussen therapeut en cliënt, een relatie waarvoor therapeut- en cliëntenkenmerken doorslaggevend zijn. Kortom, het wordt tijd dat we meer en meer aandacht gaan besteden aan de persoon van de hulpverlener binnen de hulpverleningsrelatie.

Prof. Mia Leijssen verwijst in haar artikel “**De Therapeut**” naar verschillende onderzoeken die “de algemene opvatting bevestigen dat therapeuten hun beroep kiezen omdat zijzelf als kind emotionele pijn hebben gekend of opgroeiden in problematische gezinsomstandigheden(..) maar niet dat hun interesse in mensen hierdoor werd geschaad, integendeel, hun empathisch vermogen in de pijn van mensen is erdoor toegenomen en er is ene voorkeur ontstaan voor het copingmechanisme van zorgdragen voor anderen. (Fussel en Binney, 1990). Volgens Sussman zou een van de sterkste determinanten van de

Johan maes, 2007

psychotherapie-beroepskeuze de (onbewuste) wens om eigen emotionele problemen op te lossen, zijn.”

Volgens Leijssen “besteden therapeuten onvoldoende aandacht aan de eigen noden, onderdrukken de eigen agressie en schermen zich onvoldoende af tegen te hoge eisen of grensoverschrijdend gedrag van hun patiënten. De overdreven reddersneiging zou verband houden met onbewuste schuldgevoelens omdat we denken dat we geliefden schade hebben toegebracht of omdat we ze niet hebben kunnen beschermen of helpen. Elke therapeut zou moeten inzicht hebben in zijn levensgeschiedenis, in de krachten die hem hebben gevormd en in de gevoeligheden die hij eraan overhoudt”.

Als therapeuten zich dit bewust worden en die emotionele processen kunnen verwerken en plaatsen, maakt hen dat tot bekwamer en beter therapeuten. Vandaar het grote belang van de leertherapie of de confrontatie met de eigen geschiedenis binnen elke hulpverlenersopleiding. (Leijssen,1998)

Binnen het bestek van dit artikel wil ik de dynamiek van Afstand en Nabijheid uitwerken binnen een kader van **tegenoverdracht**, het **basisbehoeftenmodel** van **Pesso**, de **secundaire traumatisering**, het fenomeen van de **almachtsmythe** in de hulpverlening. Als laatste deel wil ik dieper ingaan op het belang van **zelfzorg** als instrument om onze almachtsgevoelens te verminderen, onze onmacht te accepteren en in onze kracht of op twee benen te gaan staan.

De hulpverlener op twee benen: tussen afstand en nabijheid

Distantie (afstand) en Betrokkenheid (nabijheid) is een aloud spanningsveld in onze zorgverlening. Hulpverleners kregen de opdracht mee om afstandelijk betrokken te zijn, maar niet de lichamelijke, emotionele, relationele, spirituele tools om dat waar te maken. Beide polen zijn belangrijk en hebben hun eigen kwaliteiten, maar toch wordt aan de afstandelijke pool de voorkeur gegeven m.a.w. we leren heel sterk ons doe-been te ontwikkelen en gebruiken.

Doe-been

.het gaat om **DOEN**, (be-)handelen, presteren (de zorgprestatie)

.doel: oplossen van **problemen**

.via de adequate, effectieve, efficiënte **INTERVENTIE**

- technieken, methodes, procedures
- stappen/behandelplannen
- diagnosestelling
- rationeel-instrumenteel
- dossier

AFSTAND is daarvoor noodzakelijk

Want afstand geeft overzicht

structuur
controle

Afstand gebruiken we ook als een copingstijl als reactie op trauma : het kunnen vermijden van trauma (rationaliseren, fysiek uit de weg gaan, rustperiodes, afwisseling, routine, ...) en dus ook het vermijden van (eigen) pijn.

Dit Doe-been is erg belangrijk maar slechts één been en de hulpverlener houdt zich daar aan vast, soms krampachtig in situaties die niet vragen om efficiëntie en techniek, maar om warme nabijheid, medeleven en empathisch vermogen. Als dat andere been of betekenis-been niet wordt ontwikkeld, verliezen hulpverleners hun evenwicht of gaan situaties (patiënten) vermijden die het evenwicht bedreigen.

Het betekenis-been

Het gaat om **ZIJN** als persoon, als mens: de houding

Doel: het creëren en delen van **betekenis**

Via: emotionele en existentiële betrokkenheid en communicatie of PRESENTIE

.acceptatie, echtheid, inleving

.respectvol de ander zien en horen

.openheid voor het traumaverhaal en de betekenis ervan voor de cliënt alsook voor mij

NABIJHEID en **BETROKKENHEID** is daarvoor noodzakelijk

Want dat geeft: . dat de cliënt zich begrepen voelen

. ruimte voor het ontstaan en delen van beleving en betekenis

. direct handelen van therapeut

Nabijheid geeft als copingstijl bij trauma : het confronteren met het trauma door zich te identificeren met het slachtoffer (emotionele kwetsbaarheid voelen, machteloosheid, dadendrang en reddersneiging)

Wilson en Lindy (1994) vonden in een grootschalige studie onder hulpverleners dat alle reacties op trauma's variëren van afstandelijkheid tot overbetrokkenheid. Bovengenoemde benaderingen, dwz de reactiestijlen en copingstrategieën gebaseerd op afstand of op betrokkenheid kunnen leiden tot "een combinatie van traumaspecifieke tegenoverdrachtreacties (dwz normale reacties op abnormale gebeurtenissen) en persoonlijke tegenoverdrachtreacties (vanuit eigen levensgeschiedenis extra geraakt, overgevoelig of heftig reageren) en in doorgedraaide of ongeremde vorm leiden tot secundaire traumatisering d.w.z. hulpverleners die getraumatiseerd raken door de emotionele betrokkenheid bij hun cliënten en hun traumaverhalen. De klachten van de hulpverlener vertonen overeenkomst met die van cliënten met een Posttraumatisch Stress syndroom.

De persoonlijkheid van de hulpverlener speelt in elke hulpverleningsrelatie een rol: de eigen levensgeschiedenis, gevoeligheden, sterke en zwakke punten, stressreacties... Het traumaverhaal kan allerlei reacties oproepen die een interactie zijn tussen, cognities, lichaam en emoties.

Wilson en Lindy onderscheiden twee types van tegenoverdracht:

Type I: (terugtrekken) bewaren van een te grote afstand: te starre grenzen:

AFSTANDELIJK

.gereserveerd, onverschillig

.ontkennen van onderdelen van het verhaal van de cliënt

.minimaliseren van de ervaringen en de gevoelens van de cliënt (banaliseren, bagatelliseren)

.vervorming van de inhoud van het verhaal

.vermijding van te pijnlijke gedeeltes van het verhaal

.onverschilligheid of gereserveerdheid naar de cliënt

.zich op een afstand houden of terugtrekken

Ik zou hierbij ook nog vermelden:

- .absenteïsme
- .cynisme, dehumanisering
- .empatische terugtrekking
- .vlucht en defensiemechanismes cfr ontkenning
- .blaming the victim (metafoor van de rechter)

Type 2: (toenaderen) nabijheid: te weinig grenzen : **OVERBETROKKENHEID**

- .afhankelijk worden van (het effect van de behandeling op)de cliënt
 - .vervloeien, verstrikt raken in het verhaal van de cliënt
 - .overbetrokken, geïdentificeerd raken
 - .reddersneiging en dadendrang vertonen : verantwoordelijkheid overnemen
 - .te sterk benadrukken van de rol van het trauma in het leven van cliënt
 - .zichzelf slachtoffer voelen en ziek worden
- en verder nog:
- .presenteïsme
 - .niet constructieve hyperactiviteit
 - .gevoelsverstriking, ongecontroleerde empathie-investering
 - .metafoor van de REDDER

De hulpverlener kan gevangen raken in positieve rollen (beschermer, redder, medeslachtoffer, engel) of negatieve rollen (rechter, vervolger, bestraffer)

In type 1 dreigt de cliënt de dupe te worden, bij type 2 loopt de hulpverlener het risico op uitval door secundaire traumatisering.

Tegenoverdrachtreacties en coping zijn onvermijdelijk en verschillen per situatie en per persoon. Als de hulpverlener zich niet bewust is van deze reacties en de signalen niet onderkent, kan men het gedrag niet bijsturen en wordt de kans op secundaire traumatisering groter. **Bewustwording van de tegenoverdrachtreacties** is één van de belangrijkste curatieve en preventieve stappen die de trauma-hulpverlener kan zetten. Maar willen we dat wel?

Wat kan in onze levensgeschiedenis aanleiding geven tot dergelijke tegenoverdrachtreacties of waar en wanneer en hoe leren we om de eigen pijn niet te voelen en te vermijden, of dat het belangrijk is om redder te zijn en voor anderen te zorgen totdat we er zelf bij neervallen? Willen we de eigen opgelopen kwetsuren helen via het oplossen van de problemen van de cliënt of zijn we vooral probleemoplossend bezig om die eigen pijn niet te hoeven voelen? Misschien moeten we ons vooraf afvragen vanuit welke motieven of met welke ingevulde of niet ingevulde behoeften we het hulpverlenersvak beoefenen? Wezenlijke behoeften als kind die niet bevredigd worden in een interactie, zullen ervaren worden als onnipotent en oneindig, als onbevredigbaar (Van Haver en Pessa, 1994). Als je belangrijke tekorten hebt in je basisbehoeften ben je bang dat deze behoeften zo groot, zo almachtig en grenzeloos zijn dat niemand ze kan hanteren. Ze worden een drive in het leven en blijven om een antwoord zoeken, om bevrediging vragen. Ons welbevinden als hulpverlener is afhankelijk van de mate waarin tegemoetgekomen is en wordt aan onze basisbehoeften. Maar niet alleen dat, in dit soort werk worden ook vaak eigen kwetsuren en trauma's aangeraakt. Een goede zelfzorg bestaat er dan ook o.m. uit om de eigen behoeften te erkennen en bestaansrecht te geven, dat

wij ook de ander nodig hebben en ons als behoeftig kunnen opstellen. Hier komen we op de kern van het verhaal of **de paradox van de hulpverlener** nl. dat hij heel goed in staat is om anderen te beschermen, te steunen, te beschermen, bestaansrecht te geven, maar dit erg moeilijk voor zichzelf kan vragen en toestaan. De mythe van de hulpverlener als held en superman is geboren.

De basisbehoeften volgens Al Pesso.

Pesso heeft een psychotherapie ontwikkeld die uitgaat van het psychodynamisch gegeven dat de mens geboren wordt met een aantal basisbehoeften die van bij de geboorte om invulling en een gepast antwoord vragen. Pesso focust zich op vijf kernbehoeften met name: **plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing.** Ons echte, unieke zelf waarmee we in potentie geboren worden kan slechts ontwikkelen en tot bloei komen als aan deze behoeften in voldoende mate tegemoet gekomen is door de juiste personen op het juiste moment. De kern hiervan ligt in het ons respectvol gezien en aanvaard weten in deze behoeften door onze ouders, daardoor kan zich een werkelijk autonoom individu ontwikkelen dat voor zichzelf kan zorgen, in respect voor zichzelf maar ook in contact en met respect voor de ander. Als deze behoeften niet goed beantwoord werden, genegeerd of afgestraft, dan blijven ze een drive voor ons in het verdere leven en zoeken we ze te bevredigen in andere situaties of lopen we frustratie op als ze in andere situaties niet worden gezien of ingevuld.

De behoeften zelf dienen aanvankelijk van bij de geboorte “lichamelijk” te worden ingevuld, pas daarna kunnen we ze in tweede instantie ook symbolisch ervaren, om ze ons ten slotte eigen te maken of te integreren, dwz een groeiend vermogen ontwikkelen om voor deze behoeften op te komen. Dat ouders “achter mij staan” ervaar ik eerst lijfelijk doordat ze me vasthouden en met hun handen ondersteunen als ik dreig te vallen, en ervaar ik later onvoorwaardelijk ook als ik dingen doe tegen hun wil of principes in, en ze mij toch blijven steunen. En juist daardoor kan ik mij deze ervaring en behoefte eigen maken en er zorg voor dragen dat er mensen zijn die me door dik en dun blijven steunen.

Laat ons eens de vijf behoeften overlopen en ze toepassen op onze hulpverleningscontext. We kunnen er vanuit gaan dat bij heel wat mensen aan één of meerdere van deze behoeften niet is tegemoetgekomen, misschien juist daarom hebben ze voor het hulpverlenersberoep gekozen. Hoe dan ook, ingevuld of niet, iedere hulpverlener heeft zijn eigen geschiedenis op dit gebied en zijn eigen kwetsbaarheden, en is ook afhankelijk van werkomgeving en werkcontext (Vandeveire, 2006) .

1. behoefte aan plaats

*Als baby is onze eerste veilige en vertrouwde plek de baarmoeder; zijn we daar gewent, welkom of niet? Dan worden we geboren en krijgen we een plek als eerste of misschien als laatste van zes bij een moeder die uitgeput is of zijn we de lang verwachte unieke in vitro-schat, geboren na veel vruchteloos pogen? Het gaat erom of we een plek hebben, een veilige plek, waar we ons thuis voelen en ons kunnen hechten aan ouderfiguren en dat ook fysiek kunnen ervaren door ons te nestelen op hun schoot. Onze plek krijgen we door “gezien” te worden in wie we zijn en wat we nodig hebben, maar ook gezien en gerespecteerd te worden als meisje of jongen, door onze “eigen naam” te noemen krijgen we bestaansrecht als uniek wezen met wortels in deze familie. We krijgen een identiteit en vanuit die veilige plek kunnen we ons ook oriënteren op de omringende wereld en ook daarin ons thuis voelen en geworteld. Sommigen hebben integendeel een rusteloos gevoel, van ontworteling en nergens bijhoren, afgewezen en genegeerd worden en lopen daar steeds weer tegenop.

Als onze plaats voldoende lijfelijk is ervaren, dan kunnen we dit in ons symboliseren en ook als volwassene kunnen we het gevoel van “thuis” creëren op andere plaatsen, of onze eigen plek veroveren in vriendenkring of werkkring. De privé-plek waar we kunnen ademen, tot rust komen en onszelf zijn, blijft een basale behoefte in ons leven. Of we daar zelf voor kunnen zorgen is mede afhankelijk van het feit dat we al of niet als kind lijfelijk die plek hebben gekregen en mogen innemen.

*Hulpverleners hebben een sterke behoefte aan gezien en gehoord worden in hun identiteit, taak en rol. Niet gerespecteerd worden door patiënt, collega of organisatie is erg stresserend. Onduidelijke taakafbakening, rolverwarring en rolconflicten, steeds weer moeten vechten voor je plek zijn voorname stressbronnen. In de privépraktijk is het van belang een eigen plek te creëren, het territorium met eigen kleuren en identiteit; in een ziekenhuis ligt dat al veel moeilijker. Vanuit een eigen afgebakende, veilige plek als verpleegkundige of psycholoog is het gemakkelijker zich te oriënteren naar de patiënten, de collega's, de omgeving.

Heb ik het moeilijk om mijn plek te veroveren, in te nemen vanuit mijn discipline? Of moet ik er steeds voor vechten? Heb ik binnen de organisatie met mijn rol, functie, discipline bestaansrecht?

Heb ik letterlijk een eigen werkplek of niet?

Heb ik voldoende zelfrespect om me niet direct uit mijn evenwicht te laten brengen als er onvoldoende respect komt van artsen, management, patiënten?

Moet ik als vrouw extra vechten voor mijn plek of zie ik in alles een bedreiging voor mijn plek?

Heb ik op het werk, thuis een eigen plek om op adem te komen?

Is er veel personeelsverloop, verschuiving en dus onrust en onveiligheid, wantrouwen?

Sta ik tov mijn cliënt stevig gegrondvest, met beide voeten op de grond, geaard? Ken ik mijn positie en rol en voel ik me daar goed in mijn vel?

Zoek ik in het team een “thuisgevoel” omdat ik het zelf niet heb? Ontleen ik identiteit en betekenis aan mijn werk? Wie ben ik zonder mijn hulpverlenersrol?

Het is van belang een werplek te creëren die veilig en vertrouwd voelt, een plek die ik mij kan eigen maken, waar ik de cliënt op stevige grond kan ontmoeten vanuit een duidelijk omschreven taak en profiel, maar vooral vanuit mijn eigen persoonlijke grondvesten.

2. De basisbehoefte aan voeding

Vanzelfsprekend is voedsel voor een baby van levensbelang, wat hij eet en hoeveel, maar vooral ook HOE hij wordt gevoed, in koestering en voortdurende communicatie en interactie. Er is niet alleen voedsel nodig voor het lichaam maar ook voor de ziel. Emotioneel voedsel ervaren we als we geknuffeld, aangeraakt en gestreeld worden. Zo voelt het kind de eigen huid, krijgt het zelf een afbakening, contouren, afgescheiden van het lichaam van de moeder. Ook de lichamelijke zorg en verzorging is voeding.

Door voldoende lijfelijk gevoed te worden, aangeraakt, geprikkeld in alle zintuigen, verzorgd kan het kind later voeding op symbolisch niveau ervaren en vinden in literatuur, kunst, muziek, kennis, geestelijke inspiratie... Op volwassen leeftijd kan hij zelf instaan voor de noodzakelijke voeding en voelt hij ook aan op welk vlak welke voeding nodig is.

Als de gevoelens rond voeding niet worden ontmoet dan heeft iemand ook geen grens of maat gekregen en kan daaruit een mateloze honger ontstaan die nauwelijks kan worden bevredigd;

het ontbreken van emotionele warmte kan ervaren worden als een leegte in het lichaam en men probeert door het vol te stoppen die leegte niet meer te voelen. Meestal worden we lichamelijk overvoed en emotioneel ondervoed. Tekort voelen maakt ook kwaad en de mond die anders gulzig smakt en geniet, is nu kwaad en spuwt venijn of (ver)bijt of knarsetand of is sarcastisch.

* werk

Hoeveel emotioneel ondervoeden kiezen voor een hulpverlenersberoep en halen hun voedsel uit het werk met de patiënt? Een interessant en boeiend beroep is natuurlijk voedend. Maar zijn de patiënten de enige die ons nog kunnen voeden met dankbaarheid, waardering, bewondering, zingeving, liefde? Gevoed worden schept afhankelijkheid en roept het gevaar op “nodig te hebben om nodig te zijn”. Hulpverleners die voldoende gevoed zijn en worden kunnen gemakkelijker vertrouwen op de innerlijke autonomie van de cliënt. Is er te weinig voeding in de vorm van positieve waardering, informatiedoorstroming, serieus genomen en gerespecteerd voelen, dan wordt de mond gebruikt voor andere zaken zoals roddel, kritiek, negatieve commentaar ...

Welke beloning zoek ik in mijn werk, hoe en bij wie? Hoe hou ik de balans tussen investeren en ontvangen in evenwicht? Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat deze balans tussen geven en nemen uit evenwicht is en oorzaak van veel burnout. Hulpverleners ontvangen graag een materiële beloning maar echt voedsel is de waardering en dankbaarheid van patiënt, collega's en organisatie. Echt voedend is de ervaring dat je hulpaanbod ernstig genomen wordt, ontvangen wordt en dat het effect heeft. Een werkcontext waarin dit weinig voorkomt, is op den duur slopend.

Als iemand complimenten krijgt voelt hij zich letterlijk “groeien”. Hoe komt het dan dat in onze zorgcultuur zo weinig complimenten gegeven worden? Het zorgverlenen lijkt vaak een vanzelfsprekend iets, maar het is enorm belastend en vaak schadelijk voor de gezondheid, waarom is daar zo weinig erkenning voor?

Welke beloning zoek ik in mijn werk? Bij mijn cliënten, team, organisatie?

Hoe zorgt mijn team voor brandstof, zodat ik weer opgeladen word? Hoe zorg ik daar zelf voor?

Is er een roddelcultuur in mijn organisatie?

Hoe ga ik om met complimenten? Vragen, ontvangen?

Geven we elkaar “feed”-back? Goed gegeven feed-back is voedend en verrijkend.

Volg ik supervisie, intervisie, teambespreking, bijscholing en training? Vakliteratuur?

Hoe zorg ik voor mijn emotionele, verstandelijke, spirituele voeding?

Welke innerlijke leegte wil ik opgevuld zien door mijn patiëntenwerk? Hoe wil ik het tekort aan voeding bij mijn patiënten invullen? Staat mijn mond voldoende stil? Welke honger zie ik en wil ik invullen bij de ander?

Hoe maken we plezier in het team?

Het is van belang dat we als hulpverlener blijven zorgen voor onze eigen en professionele voeding op materieel, lijfelijk, emotioneel, geestelijk, spiritueel vlak.

3. de behoefte aan steun

* Het kind wordt letterlijk en lijfelijk gesteund, ondersteund, gedragen, vastgehouden door de ouders; opgevangen bij de eerste stapjes, rechtgehouden op de eerste trappers; aan de hand meegenomen langs de weg...omhuld en gedragen bij verdriet; zo voelt het dat het niet alleen

gelaten wordt op moeilijke momenten, dat het wordt ondersteund zodat het ervaart dat er een bodem is, een draagvlak van waaruit het zich gedragen weet om weer recht te staan en verder te gaan, te experimenteren, te vallen en weer op te staan. Later krijgt hij ouderlijke steun, geldelijk, materieel, moreel in de keuzes en stappen in het leven en voelt hij zelfvertrouwen, zelfzekerheid en kan hij op eigen benen gaan staan en zorgen voor de steun die hij nodig heeft of zich laten steunen en erop vertrouwen dat hij steun mag vragen en ontvangen. Echte steun wordt ervaren in de interactie met anderen. Gemis eraan maakt de ervaring van steun en gesteund worden als onmogelijk en ongeloofwaardig, het wordt zo mateloos dat we de aanname ontwikkelen dat niemand in staat is daarin te voorzien. Terwijl we wel het verlangen voelen, kunnen we dit in realiteit niet toelaten, vragen of ontvangen.

Onvoldoende steun, te vroeg op eigen benen moeten staan en zelfstandig zijn, te vroeg zelf moeten voor ouders zorgen (ziekte of overlijden of depressie van één van de ouders) kan iemand doen besluiten dat hij zonder steun door het leven kan, het allemaal zelf en alleen moet kunnen en dat niemand in staat is om troost te brengen of te helpen. Deze mensen houden zichzelf vast en laten zich door niemand vastnemen, maar zijn wel uitstekend in staat andere hulpbehoevende mensen te steunen en te dragen (parentificatie) tot de balans zover uit evenwicht is dat de boog knapt, opgebrand!

* Een van de factoren die meest stressreducerend werkt in een organisatie is sociale steun in de vorm van ontmoeting, uitwisseling, informatiedoorstroming, op formeel en informeel vlak via teambijeenkomsten, patiëntenbesprekingen, collegiale consultatie, intervisie, koffiepauze. De herkenning en erkenning geven het gevoel er niet alleen voor te staan en dat geeft weer ademruimte.

Organisaties waar geen sociale steun wordt georganiseerd kennen veel meer negatieve stresseffecten zoals demotivatie, ziekteverzuim, personeelsverloop, kwaliteitsvermindering...

Steun is pas steun als diegene die de steun ontvangt dat ook als steun ervaart.

Wordt er voldoende gecheckt door de teamverantwoordelijke, collega's, organisatie of hun steun als zodanig aankomt of ontvangen wordt?

Welke irrealistische gedachten beletten mij om steun te vragen bv. steun vragen en nodig hebben is zwak, niet professioneel?

Koester ik een wereldbeeld waarin steun of troost voor mij niet bestaat?

Ervaar ik het team als ondersteunend of afbrekend?

Heeft de organisatie een draagvlak gerealiseerd in de structuur zodat ik weet waar, voor wat, bij wie en wanneer ik terecht kan als ik steun nodig heb?

Wat zijn de impliciete regels en normen in het team omtrent steun?

Waar haal ik steun voor mezelf in mijn werk cfr intervisie?

Word ik door mijn beroepsvereniging ondersteund?

Hoe zorg ik voor mezelf? Kan ik met acceptatie en milde aandacht naar mezelf kijken en met mezelf omgaan? Kan ik zachtheid toelaten of moet ik hard zijn en mijn eigen scherpste criticus?

4. De behoefte aan bescherming

* Deze basisbehoefte aan bescherming tov de buitenwereld wordt lijfelijk door onze ouders ingevuld als we afgeschermd worden voor teveel lawaai of koude, bijtende honden, razende auto's; beschermd tegen gevaren van de buitenwereld soms in de vorm van fysiek of emotioneel geweld en misbruik. De buitenwereld kan erg indringend zijn en kwaad berokkenen aan kleine, afhankelijke, kwetsbare en open kinderen. Dan wil het opgevangen worden en ervaren dat een ouder lijfelijk tussen hem en het gevaar gaat staan, dat een schild van respect om hem heen gecreëerd wordt door volwassenen. Als dit niet of onvoldoende

gebeurt (cfr misbruik) dan bestaat de kans dat hij te open wordt, als het ware met een te dunne huid of een huidlaag te weinig door het leven moet en dat hij opnieuw het slachtoffer wordt van binnendringend geweld; of ontwikkelt zich een pantser of muur om zich heen zodat hij “nooit meer gekwetst kan worden.”

We kunnen ook overbeschermd worden en leven vanuit een “pas op”-boodschap die overal te pas en ten oppas ons doen en laten beheerst. Dan schatten we onze eigen kracht niet in en kicken op gevaar of worden geblokkeerd door angst.

Als we voldoende lieflijk beschermd geweest zijn, dan kunnen we het innerlijke beeld van bescherming in onszelf meedragen en eigen maken. Dan staan we met een basisaannname in de wereld van veiligheid, vertrouwen t.o.v. onszelf en anderen. Als dat onvoldoende is gebeurd en we hebben trauma's opgelopen, dan leven we als het ware zonder dak boven ons hoofd en missen we de instrumenten om onszelf te beschermen of te laten beschermen.

*De werkplek dient ook deze behoefte te erkennen en te respecteren door in de eerste plaats te zorgen voor fysieke bescherming cfr comité voor veiligheid en hygiëne. Er zijn regels en afspraken (bv rond fysiek geweld en agressie) die het gevoel van veiligheid kunnen verhogen. Toch wordt er nog te weinig aandacht geschonken en wordt er zelfs voorbijgegaan aan veel traumatiserende ervaringen bij zorgverleners zoals agressie of ongewenste seksuele intimiteiten door patiënten. Het is belangrijk dat dit door de leidinggevende en de organisatie wordt erkend en behoorlijk opgevangen.

We mogen ook niet voorbijgaan aan de emotionele belasting van het werk. De voortdurende confrontatie met emotionele pijn laat de hulpverlener niet onberoerd en kan heftige verdedigingmechanismen bij hem oproepen.

Een ander verhaal is dat van de secundaire traumatisering, dwz de impact van de vele traumaverhalen op hulpverleners die zich erg goed kunnen en willen inleven in hun cliënten. Hulpverleners gaan dezelfde negatieve effecten vertonen als de slachtoffers van het trauma via de pijnlijke, soms gruwelijke verhalen die ze dagelijks aanhoren. Dit kan leiden tot beschadiging van het zelf en de fundamenten ondergraven waarmee we in het leven staan, nl zijn onze basisopvattingen en aannames over onszelf, de anderen en de wereld zoals vertrouwen, veiligheid, intimiteit, controle, autonomie, betekenis... Instrumenten van ondersteuning en bescherming zijn hierbij onmisbaar.

Hoe veilig voel ik me?

Hoe ga ik om met mijn kwetsbare binnenkant? Ben ik te open en raak ik verstrengeld met mijn patiënten? Kan ik mij moeilijk afgrenzen?

Heb ik een stevig pantser om mij heen opgetrokken en laat ik mij niet meer raken?

Heb ik aannames over de wereld ontwikkeld gebaseerd op wantrouwen, onveiligheid, controle?

Vraag ik om bescherming als ik mij bedreigd voel? Of vind ik dat ik dat moet aankunnen?

Hoe gaat mijn team hiermee om? Word ik uitgelachen of begrepen en erkend?

Welke verdedigingsmechanismen heb ik ontwikkeld om mijn eigen gevoelens van onmacht, angst, woede niet te moeten voelen? Gedraag ik en voel ik mij onkwetsbaar? En wordt dit ondersteund door mijn instelling die professionelen ziet als autonome, rationele, alles onder controle houdende supermannen/vrouwen?

5. De behoefte aan grenzen

*Iedereen heeft een behoefte aan grenzen om de innerlijke energie te kunnen kanaliseren, de eigen identiteit af te bakenen, de eigen krachten te kunnen hanteren. Moeder zegt nee op het voortdurende gejeengel van haar kleuter om snoep, zodat hij de gedachte eraan kan loslaten en leert grenzen kennen en accepteren. Ook de puber krijgt nee te horen als hij meent zich alles te kunnen permitteren. Kracht ontmoet tegenkracht waardoor we onszelf kunnen bepalen en een eigen identiteit ontwikkelen, een afgebakend zelf. Zoniet kan dit leiden tot ego-inflatie of een opgeblazen zelf dat zich onbegrensd en almachtig waant. Begrenzing en afbakening is er ook nodig om de hele sterke innerlijke impulsen, drang, emoties te kunnen beleven, ervaren, experimenteren en uiten op een veilige en hanteerbare manier zoals de agressieve en sexuele impulsen.

Lijfelijk ervaar ik dat ouders mij tegenhouden, mij vastberaden in de ogen kijken, mij verbieden te slaan op mijn zusje en daarin ook sterker zijn. Het is niet gezond voor een kind om te ervaren dat het sterker is dan de ouders. Regels en structuur kunnen worden ervaren als veilig kader en speelruimte. Het gaat hier niet om bestraffen maar om liefdevol accepteren, koesteren (van gevoel) en kaderen (van gedrag).

Begrenzing kan ik ervaren als ik in mijn ontzaglijk verdriet stevig vastgehouden wordt, waardoor ik ervaar dat mijn verdriet niet bodemloos is. Als ik in mijn woede word gezien en kanalen krijg om ze op een goeie manier te uiten. Uitingen die onvoldoende zijn ontmoet door de ander, niet goed werden beantwoord, behouden hun lading maar kunnen niet worden eigen gemaakt en gehanteerd.

We kunnen ook ervaren hoe eigen grenzen worden gerespecteerd. Het is erg schadelijk voor een kind als lichamelijke, emotionele en sexuele grenzen niet worden gerespecteerd en met de voeten getreden. Dit kan leiden tot onmacht, de ervaring van nietigheid, niets te betekenen en het gevaar dat zich dit in het leven verder steeds weer zal herhalen.

Het is van belang dat we leren grenzen te voelen, te accepteren, te uiten en ontwikkelen zo een positieve assertiviteit. We kunnen afstand nemen, structureren, met de voeten stevig geground opkomen voor ons eigen stuk, in onze kracht gaan staan.

* Begrenzen of limiteren is een heikel thema in de hulpverlening. Het lijkt niet geoorloofd of niet legitiem om grenzen aan de hulpverlening te stellen, laat staan te communiceren.

Multidisciplinair samenwerken moet vertrekken vanuit een duidelijke rolafbakening, een duidelijke identiteit, profiel en rolomschrijving. Elke organisatie vertrekt vanuit een visie en beleidsplan met doelstellingen en haalbare richtlijnen om ze te realiseren. De leidinggevende heeft een belangrijke taak door grenzen aan te geven, zichtbaar te maken, bespreekbaar te maken en niet te bestraffen. Kanalen dienen gecreëerd te worden om de intense emoties en impulsen te kunnen uiten. Impliciete regels rond de emotionele processen bij hulpverleners moeten expliciet worden gemaakt, zodat verpleegkundigen zich bv niet hoeven te verstoppen op de WC om te huilen.

De hulpverlener kan grenzen ervaren in tijd (tijdsdruk, overwerk), in hoeveelheid patiënten of complexiteit van problematieken, in gevraagde inzet en investering.

Kan en mag ik NEE zeggen?

Kan ik voldoende afstand bewaren en bewaken in mijn contact met cliënten? Hoe dicht ga ik ook letterlijk, bij ze zitten?

Ben ik de onnipotente therapeut die onkwetsbaar is of behoeften heeft en die de eigen kwetsbaarheid verdedigt door anderen afhankelijk te maken en te houden?

Ben ik de “algoede moeder” die grenzeloos aanwezig is en probeert te herstellen wat fout gelopen is?

Heb ik een plek en kanalen waar ik op een veilige manier mijn impulsen en verlangens naar macht, seksualiteit, mijn gevoelens van woede, haat, angst kan bestaansrecht geven, onderzoeken, in eigen beheer nemen?

Is grenzen ervaren, stellen en communiceren legitiem binnen het team, de organisatie?

Kan wat ik doe, altijd beter? Is het nooit goed genoeg?

Hoe zorg ik ervoor dat ik niemand nodig heb?

De mythe van **de held, superman/vrouw** of grenzeloze hulpverlener moet worden ontzenuwd. Deze mythe houdt het *flinkheidsideaal* in stand: sterk zijn, zeker niet toegeven dat we grenzen hebben want dat staat gelijk aan falen, tekortschieten, onbekwaam zijn. Zelf kwetsbaar zijn, zorg nodig hebben of zorg niet kunnen geven is zwak, vervelend, ongepast, minderwaardig en afhankelijk. Dit roept gevoelens op van ondraaglijke schuld en schaamte. Dit wordt nog versterkt doordat de organisatie dit gaat labelen als een individueel probleem en niet als een beroepseigen ervaringsgegeven waarin we leren omgaan met de realiteit van “het tekort”.

Dit doet echter pijn en almachtsgevoelens helpen om de pijn niet te moeten voelen. Onze zorgcultuur is een flinkheidscultuur waarin emoties van de hulpverlener taboe zijn en allerlei defensiemechanismes moeten de hulpverlener beschermen. Zo bewegen we ons tussen almacht en onmacht in onszelf, maar ook in relatie tot de cliënt, het team en de organisatie.

Tussen almacht en onmacht

Als we een ondraaglijke emotie (cfr woede, angst..) voelen, willen we daarvan bevrijd worden en we zetten dit om in actie (het expressieve gedrag bv wenen). Maar gevoelens hebben ook een communicatieve functie en de uitgedrukte gevoelens worden in interactie gebracht met anderen die onze gevoelens kunnen zien, ontvangen, benoemen en kunnen beantwoorden wat meer bevredigend is en de gevoelens ook draagbaarder maakt.

Daarenboven leert de psychoanalyse ons het fenomeen van de projectieve identificatie, dwz dat we eigen ondraaglijke gevoelens in de ander projecteren die zich daarmee gaat identificeren als waren het eigen gevoelens. Op zich is dit een gezond proces in onze ontwikkeling. De baby huult verscheurend omdat het wanhoop, woede, onbehagen voelt en moeder kan hier op twee manieren op reageren:

1; ze identificeert zich met de op haar geprojecteerde gevoelens en in haar machteloosheid probeert ze die gevoelens bij het kind terug te stoppen al of niet op hardhandige wijze. “Je hebt geen pijn” is een veelgehoorde uitdrukking.

2. moeder voelt aan dat het kind iets uitdrukt en nodig heeft, ze ontvangt de gevoelens, ze zorgt voor containment door het kind vast te houden, ze laat zien en ervaren dat diens gevoelens draaglijk zijn

Zo wordt de hulpverlener geconfronteerd met patiënten in ondraaglijke pijn (stervend, lijdend, misbruikt, beschadigd, dementerend...) en krijgt de projecties naar zich toe van “de goede moeder die exact weet wat hij of zij nodig heeft”, de pijn gaat overnemen, de angst wegnemen en de wereld weer zal goedmaken en herstellen.

Het beeld ontstaat van de almachtige, alwetende hulpverlener die magisch de wereld zal herstellen zodat er geen schuld, rouw, angst, verdriet moet ervaren worden. De hulpverlening krijgt als doel het oplossen van problemen en richt zich op de technische en instrumentele

handelingen die nodig zijn om zo adequaat mogelijk te interveniëren. Of hij zet al zijn vriendelijkheid en goedheid en inlevingsvermogen in door zelf de ideale moeder te zijn die de schade zal herstellen.

Maar regelmatig wordt hij geconfronteerd met de grenzen van de hulpverlening en voelt hij zich hopeloos, hulpeloos en machteloos. Echt herstel vereist de erkenning van het feit dat er schade is opgelopen en dat dit niet kan ongedaan worden gemaakt. Dit vereist ook dat de hulpverlener niet ten ondergaat en mee verdwijnt met de cliënt in die onmacht.

Als hulpverlener kiezen we deze job vanuit idealisme, bewuste keuzes van opleiding en werksetting en cliëntenpopulatie die mede worden beïnvloed en gevoed door de innerlijke nood om te herstellen en op te lossen. Laat ons, zoals Nietzsche suggereert, onszelf worden door afstand te nemen van de dwang van dat ideaal in plaats van afstand te nemen door een pantser om ons heen te bouwen van chronische vriendelijkheid, perfecte hulpverlener, God of engel, redder of rechter zijn. Adequate begrenzing en bescherming wordt gemobiliseerd in de erkenning dat er schade is opgelopen, pijn is geleden en ondraaglijk is en copingstrategieën kunnen worden aangewend om zichzelf te beschermen tegen stress.

Dit heen en weer bewegen tussen almacht en onmacht vindt ook zijn uitdrukking in de patiënt die almacht van ons verlangt, maar al bijna onmacht verwacht.

De maatschappij projecteert haar almacht in het kwantificeren van de hulpverlening, de kwaliteit in cijfers, het grote geld voor techniek en projecteert haar onmacht in het beeld van de psycholoog (pastor, moreel consulent, maatschappelijk werker) die er is om een beetje te “praten”

Ook de organisatie stelt vaak onnipotente doelen en verwachtingen in het curatieve supertechnologische geneesmodel cfr therapeutische hardnekkigheid waarbij men blijft probleemgericht oplossend handelen terwijl het alleen nog gaat om het “machteloos” kunnen accepteren van de naderende dood en haar betekenis voor de zieke en zijn familie. Vooral artsen zijn kwetsbaar voor de projecties van sociale fantasieën van hun onnipotentie, gevangen in een onbewust sociaal projectief systeem waarin hun de capaciteit wordt toegedicht heroïsche dingen te doen cfr de trotse arts met de 80-urige werkweek of de arts die euthanasie verwacht met op eigen houtje doodspuiten van de patiënt.

Vaak slaan de almachtsgevoelens om in gevoelens van falen, schuld en schaamte als we de controle kwijt spelen, opgebrand geraken, in tegenoverdrachtreacties te afstandelijk blijken of te dichtbij komen en overspoeld worden, zoveel tekort niet kunnen herstellen of problemen niet kunnen oplossen. We worden even hulpeloos, machteloos en verlamd als de cliënt en/of we gaan twijfelen aan onze professionele bekwaamheid en worden onzeker, onze energie verdwijnt, we raken geïsoleerd en uitgeput, psychosomatische klachten volgen elkaar op en we voelen wanhoop en geen perspectief meer. Zelfzorg kan ons helpen om uit deze neerwaartse spiraal te geraken en zin, hoop, energie en inspiratie te behouden.

Het concept Zelfzorg

Het is van belang dat we de focus in de hulpverlenersrelatie meer op de persoon van de hulpverlener richten omdat deze de belangrijkste helende factor is en niet zijn technieken of methodiek, omdat de impact van de helpende relatie op de hulpverlener zelf te weinig wordt onderkend en niet altijd positief is. Een hulpverlener die niet goed in zijn vel zit zal minder kunnen investeren in de relatie en zo is de cirkel weer rond.

We hebben fenomenen besproken als tegenoverdrachtreacties, secundaire traumatisering, basisbehoeften, almacht en onmacht. De hulpverlener is niet onkwetsbaar en dit wordt ook niet van hem vereist, integendeel. De hulpverlener is in de eerste plaats mens met eigen behoeften, verlangens, grenzen, gevoelens, trauma's, dus kwetsbaar. Het gaat erom om niet langer de pijn te vermijden (van eigen kwetsuren, van de impact van traumaverhalen, van emotionele projecties) maar ze toe te laten, de onmacht te voelen en te erkennen dat we grenzen ervaren en tekort, dat we het soms alleen moeten doen en verlangen naar steun en bescherming. Dan stellen we vast dat hulpverleners die hun kwetsbaarheid erkennen en kunnen delen krachtiger instrumenten worden in de hulpverlening. Dan ontwikkelt zich de eigenlijke betekenis van de "wounded healer", dat is niet iemand die hulpverlening gebruikt om de eigen kwetsuren te helen of niet te hoeven voelen. De "wounded healer" is iemand die de eigen kwetsuren erkent, met mildheid accepteert, de beperkingen en grenzen daarvan aanvaardt, de triggers die de pijn oproepen leert herkennen in de hulpverleningsrelatie en steun kan vragen als het nodig is. Deze relatie wordt dan niet alleen iets schadelijks, met louter negatieve impact, maar kan dan ook ervaren worden als mogelijkheid tot persoonlijke en professionele groei.

Zelfzorg is in eerste instantie het instrument dat ons helpt ons evenwicht te bewaren tussen draaglast en draagkracht. Maar zelfzorg heeft meerwaarde gezien in het licht van onze focus op de persoon van de hulpverlener als instrument in het bewustwordingsproces van onze tegenoverdrachtreacties, van onze niet tegemoetgekomen behoeften, in het wakker worden voor de signalen van burnout of secundaire traumatisering, in het verantwoordelijkheid op nemen voor onze almachts-en onmachtsgevoelens.

Het ABC van zelfzorg kan ons helpen om dit instrument ten volle te ontwikkelen en toe te passen voor onszelf en in onze teams en organisaties..

A..Aandacht en Acceptatie:

Zelfzorg begint met de toestemming om aandacht te hebben voor onszelf als persoon op alle niveaus: lichamelijk, emotioneel, cognitief, spiritueel. Een milde aandacht, geen kritische veroordelende houding, waarmee we ons afstemmen op onze eigen noden, verlangens, gevoelens, pijnlijke plekken, maar ook krachten en hulpbronnen. Deze vorm van aandacht of "mindfulness" kan alleen maar vertrekken vanuit en eindigen bij acceptatie van wat er is. Dit houdt o.m. aandacht in voor de eigen lichamelijke signalen van tegenoverdracht of de emotionele reacties op het traumaverhaal van de cliënt, de negatieve beliefs of cognities die belemmeren om steun te vragen, het gemis aan spirituele bedding... Deze vorm van aandacht voor onszelf staat toe onze almachtsgevoelens te doorzien en te doorbreken door gewaar te worden hoe eenzaam we ons soms voelen, of hoe moe, of machteloos, of hoe zeer het gekwetste kind in onszelf aangeraakt wordt en de defensiemechanismes in werking treden. Ook team en organisatie hebben oog voor en geven bestaansrecht aan de pijn van de hulpverlener en staat in voor een zorgcultuur waarin de zorgverlener erkend wordt als iemand die ook zorg nodig heeft. Van daaruit ontstaat ook de verantwoordelijkheid om adequaat te reageren en een draagvlak te creëren voor de zorgverleners.

B..Balans

De hulpverlener beschouwt de balans als een dynamisch evenwicht, niet iets statisch dat voor altijd vastligt. De balans tussen afstand en nabijheid is een proces waarbij de hulpverlener zichzelf als persoon steeds weer bevraagt en toetst in relatie tot de cliënt, zijn collega's en de organisatie. Onevenwicht is geen fout of teken van onprofessionaliteit maar een signaal dat

aandacht behoeft en een uitdaging biedt om persoonlijk en professioneel verder te groeien en zich te bekwamen. Balans is een metafoor voor het leven dat steeds weer evenwicht zoekt tussen werken en spelen, in-en uitademen, geven en nemen. De hulpverlener bewaakt de balans tussen interventie en presentie, tussen doen en zijn, tussen zorg geven en zorg ontvangen, maar eveneens tussen alle aspecten (lichamelijk, emotioneel..) van de eigen persoon en dus ook van de cliënt. De balans bevindt zich ook in de zwaarte van de caseload, de complexiteit en verscheidenheid, de variëteit in taken en rollen die we op ons nemen.

C...Connectie en Communicatie

Connectie gebeurt in de eerste plaats met je Zelf, met je authentieke, creatieve, krachtige, liefdevolle zijnskwaliteiten. Het betekent ook in verbinding staan met de anderen en het grotere geheel waarin je leeft en werkt. Dit kan alleen via communicatie. In plaats van zich te isoleren kan de hulpverlener zichzelf tot uitdrukking brengen binnen een veilige context. In plaats van schaamte, schuld, angst en woede die de ziel eroderen komen ervaringen van contact, plezier, betekenis, hoop en energie, omdat diepe innerlijke noden worden gezien en beantwoord.

Ondersteuningsinstrumenten worden door de organisatie aangeboden: realiteitsanalyse, debriefing, supervisie en intervisie, coaching, teamontwikkeling, feed-back, trauma-opvang edm

Verbinding ook met de cliënt door op gepaste momenten en wijzen de eigen persoon in de relatie in te brengen. De interpersoonlijke communicatietheorie bevestigt meer en meer dat tegenoverdrachtreacties die optreden tussen cliënt en hulpverlener als bron van diagnostische informatie kunnen worden gebruikt, maar ook om ze in het "hier en nu" te delen met de cliënt omdat ze vaak een spiegel zijn van zijn/haar maladaptieve communicatiepatronen. Deze meta-communicatieve feed-back helpt de client deze patronen te veranderen ipv steeds weer te herhalen en helpt de hulpverlener om uit de valkuilen van secundaire traumatisering te stappen.

In zijn recent werk "Psychologie van de liefde" beschrijft de auteur Jürg Willi dat de betekenis van de liefdesrelatie ligt in de zelfontwikkeling. Ook de helpende relatie is geen relatie waarin je jezelf als hulpverlener buiten spel kunt zetten. Bij de zieke wordt steeds op een dieper niveau de innerlijke genezer geactiveerd en bij de genezer de innerlijke patiënt. Ook op deze dieptelaag gaan innerlijke heler en genezer een relatie aan. Het gaat niet langer om de gezonde, onkwetsbare, onafhankelijke zorgverlener die in een éézijdige relatie hulp geeft aan de zieke, afhankelijke, zwakke patiënt. Want dit bevestigt slechts dat de patiënt wordt afgesneden van de innerlijke heler in zichzelf én het is deze heler die we nodig hebben om tot heling of genezing te komen. Dit éézijdig beeld bevestigt ook dat de heler wordt afgesneden van het eigen innerlijk gewond zijn waardoor hij dit niet kan gebruiken in het helingsproces (terwijl het wel onbewust beïnvloedt) en waardoor het eigen proces van groei en ontwikkeling stagneert.

Een cultuur van zelfzorg is een pleidooi voor een hulpverlener op twee benen, in een dynamisch proces van afstand en betrokkenheid, interventie en presentie, die voorbij de almacht en de onmacht in eigen kracht gaat staan. Voorbij de dwang van het ideaal van de perfecte of algoede hulpverlener, met aandacht en respect voor de legitimiteit van grenzen, kan hij putten uit eigen bronnen van kwetsbaarheid en lijden en dit in verbinding brengen met anderen. Deze balans is de beste preventie tegen burnout en secundaire traumatisering, en komt ook de therapeutische relatie ten goede.

Johan Maes, sociaal agoog en Pesso-psychotherapeut, werkzaam als opleider bij KERN en oprichter van De Bedding, centrum voor psychotherapie, rouw en traumaverwerking in Gent. Hij begeleidt o.m. workshops rond deze thema's .www.debedding.eu

Literatuur:

Donk, A. (2002), Als hulpverleners je teveel wordt. Werkboek voor (trauma)hulpverleners. Transact, Utrecht.

Leijssen, Mia (1998), De therapeut. In: Handboek Integratieve Psychotherapie. Elsevier/de Tijdstroom, Maarssen.

Moylan, D. (2004), Helplessness and Omnipotence: interpersonal and institutional contributions to burn-out. Congres over burnout in Gent.

Obholzer, A. (2000), Afterword. In: A. Obholzer, V.Z. Roberts (red.) The unconscious at work. Brunner-Routledge, USA.

Roberts, V.Z. (2000), The self-assigned impossible task. In: A. Obholzer, V.Z. Roberts (Red.) The unconscious at work. Brunner-Routledge, USA.

Vandeveire, C. (2006), Zorgverlening in de geestelijke gezondheidszorg. De hulpverlener in de focus. In: Periodiek 76, KERN, Sint-niklaas.

Van Haver, W., Pesso, A. (1995), Het gekwetste zelf. Pesso-psychotherapie als terugweg naar zichzelf. Acco, Leuven/amersfoort.

Willi, J. (2002), Psychologie van de liefde. Lannoo, Tielt.