

De grond onder mijn voeten
over zelfzorg

Voordracht op de algemene ledenvergadering van de NVAGT 2005

De grond onder mijn voeten – over zelfzorg

“De grond onder mijn voeten” is een mooie metafoor voor de veldcondities die aanwezig moeten zijn opdat wij onze behoeften zouden kunnen bevredigen. Goede grond houdt voldoende voedende elementen vast. Zulke grond is niet zuur of schraal. Goede grond bevat waarden en overtuigingen, mogelijkheden en functionele processen. De grond onder mijn voeten, dat ben ik zelf. Voor mijn grond zorgen is voor mijzelf zorgen. De grond onder mijn voeten verliezen is mijzelf kwijt geraken.

Zelfzorg is een zelfondersteunend **proces** dat plaatsvindt - waar kan het ook anders - op de **contactgrens**, daar waar we elkaar ontmoeten. We organiseren hierdoor het veld zodanig dat wij door middel van een creatief proces onze behoeften kunnen bevredigen. Het proces van zelfzorg gaat gepaard met het afgrenzen van onze mede-actoren in het veld (cliënten, collega's, opdrachtgever, overheid, de maatschappij) Maar dit gaat ook gepaard met het creëren en opeisen van resources (veldcondities) die deze zelfzorg mogelijk maken en ondersteunen.

Niet iedereen heeft behoefte aan dezelfde grond. Het zichzelf is een hoogst persoonlijke zaak en wat daarvoor nodig is verschilt van individu tot individu. Welke grond we onder de voeten nodig hebben, wordt mee bepaald door de context waarin we werken. Ingebed in een goedfunctionerend team zal ik andere veldcondities hebben dat wanneer ik in een afgelegen gebied moederziel alleen een privé-praktijk run. Ook de aard van de hulpvragen waarmee ik geconfronteerd word, bepaalt mee welke grond ik nodig heb. Ben ik jong en relatief onervaren, man of vrouw, bijgeschoold of niet. Al deze factoren bepalen mee welke de veldcondities zijn waarbinnen ik als hulpverlener optimaal kan functioneren.

De grond onder mijn voeten kan door de omstandigheden waarin ik mij professioneel bevind verdwijnen. Ik sta dan minder stevig, ga wankelen en moet meer inspanningen doen om overeind te blijven. Dit wankelen heeft soms ook te maken met veldcondities uit de privé-sfeer. Voor ons organisme maakt het weinig of niets uit waardoor het wankelen wordt veroorzaakt. Wankelen is wankelen. En vraagt om stabilisering, stabiliteit, evenwicht. Evengoed als rigiditeit roept om verandering, avontuur, risico. Evenwicht is evengoed een proces, geen toestand.

Laten we eens naar een voorbeeld kijken. De naam en een aantal contextgegevens zijn veranderd om voor de hand liggende redenen. Maar het verhaal is exemplarisch.

Greet werkte als maatschappelijk werkster in Brussel in een opvanghuis voor volwassenen en kinderen. Ze begeleidde er gezinnen. Ze mocht een opleiding gezinstherapie volgen en zag haar deskundigheid en efficiëntie toenemen. Ze kreeg echter bijna alle moeilijke gevallen. Steeds meer multiproblem-gezinnen zorgden voor een zware caseload. Problemen met de directeur van het centrum zorgden voor een gespannen sfeer. Dat was er teveel aan. Als ze thuis komt kan ze het werk niet van zich afzetten, ze voelt zich vaak

zonder enige aanleiding angstig en gespannen. Die angst werd groter en groter en ze ging vermijden. Ze nam verlof op om niet naar de teamvergadering te moeten, ze wilde die miserieverhalen niet meer horen en vooral wilde ze geen nieuwe dossiers openen. Ze ging niet meer met het openbaar vervoer want de medereizigers dat waren de cliënten van morgen. Haar angst escaleerde in verschillende hyperventilatieaanvallen. Ze ging op ziekenkas, trok zich terug op haar appartement en sloot de buitenwereld uit.

Dit is hoe Greet zich in het eerste gesprek aanmeldde. Ze bracht haar verhaal als zeer sterk werkgerelateerd. Ze gebruikte zelf de term burnout om haar situatie te beschrijven. Haar vraag was tweeledig:

- Ik wil terug aan de slag en liefst in de hulpverlening
- Geef mij hoop

In de loop van de gesprekken werd het beeld completer maar ook complexer.

- Greet presteerde vele overuren die ze nooit in rekening bracht.
- Collega's vroegen vaak raad aan Greet, die daar altijd op inging.
- Verschillende cliënten hadden haar privé-nummer en belden haar regelmatig op. Ook als die zorg door andere hulpverleners werd gedragen en het dossier bij Greet al was afgesloten.
- Greet, de oudste van vier kinderen, nam veel huishoudelijke taken over van haar depressieve moeder. Dat begon op haar 16 en tot op de dag van vandaag zorgt ze voor haar jongste broer.
- Grees vader verliet het gezin na de geboorte van het jongste kind. Hij belande na een overval in de gevangenis en nam van daaruit terug contact op met de oudste zoon. Sindsdien trekt deze jongeman op met vaders vrienden uit het milieu. Greet is voortdurend bezorgd.
- Greet was bij aanmelding 33, ze miste naar eigen zeggen een eigen familiaal leven, een partner en kinderen. Het lijkt niet weggelegd voor haar.

Sinds ik Greet voor het eerst zag is er veel veranderd. Ze is ondertussen terug aan het werk, met gezinnen maar in een andere setting. Ze bewaakt daar haar grenzen veel beter. Ze deelt nu een woning met een vriendin. Ze heeft meer afstand genomen van haar familieleden maar zegt er een betere relatie mee te hebben dan vroeger. Geven en ontvangen is meer en vaker in evenwicht. Ze werkt als freelancer in een vormingsproject voor hulpverleners. Vorig jaar schreef ze zich in voor een opleiding drama (neen niet psychodrama) aan een academie. Daarmee realiseert ze een meisjesdroom.

In het verhaal van Greet is de mix tussen privé en professie zeer nadrukkelijk aanwezig. Dit is een gegeven dat we bij veel hulpverleners terugvinden. Er is hierover enig onderzoek gebeurd en daaruit bleek dat:

- studenten psychologie hebben meer emotionele en interpersoonlijke stress ervaren dan anderen
- veel psychotherapeuten (meer dan andere groepen) komen uit families met psychische spanningen (depressie, schizofrenie, verslaving...)
- psychotherapeuten hebben meer(dere) psychotraumata meegemaakt (deprivatie van ouderlijke zorg, persoonlijke ziekte, dood van ouder, scheiding van ouders)

- ze namen de rol op zich van lastdrager, go-between, het geparentificeerde kind (ze zijn vaak het oudste kind en werden geplaatst in een rol van verzorger)
- ze zijn vaker gesocialiseerd tot onbaatzuchtig helper

Dergelijke antecedenten zijn geen tegenindicaties voor het beroep van psychotherapeut. Er is zelfs iets voor te zeggen dat in een goede psychotherapeut enkele deuken moeten zitten.

Neem nu bijvoorbeeld Sigmund. Die kreeg ooit een nieuw telefoonnummer. 14362. Hij zag daarin zijn leeftijd staan – 43 – en beschouwde dit telefoonnummer als een voorspelling van zijn eigen dood. Hij ging er van uit dat hij op 61-jarige leeftijd of op 62-jarige leeftijd zou overlijden. Naar verluid heeft hij jarenlang aan deze deflectie vastgehouden. Hij stierf toen hij 83 was. Maar dat was ook geen natuurlijke dood, maar een "geassisteerde zelfmoord".

En onze Frits. Daarover wordt verteld dat hij in zijn eeuwige zoektocht naar erkenning zelf vroeg om te mogen spreken op een congres. De organisatoren weigerden. Bij wijze van protest kroop Perls dan maar op handen en voeten van achter naar voor, tussen de benen van het publiek, tijdens de voordracht van zijn "concurrent".

Ik dien echter voldoende besef te hebben van mijn eigen kwetsuren en contextgegevens en dien de invloed ervan op het therapeutisch proces te beheren eerder dan te beheersen. De awareness van de therapeut is minstens van even groot belang als de awareness bij de cliënt. Ik dien ook mijn weg gevonden te hebben in mijn leven of beter gezegd op weg te zijn daarin. Als dit onvoldoende het geval is dan wordt hulpverleners een beroep met risico's:

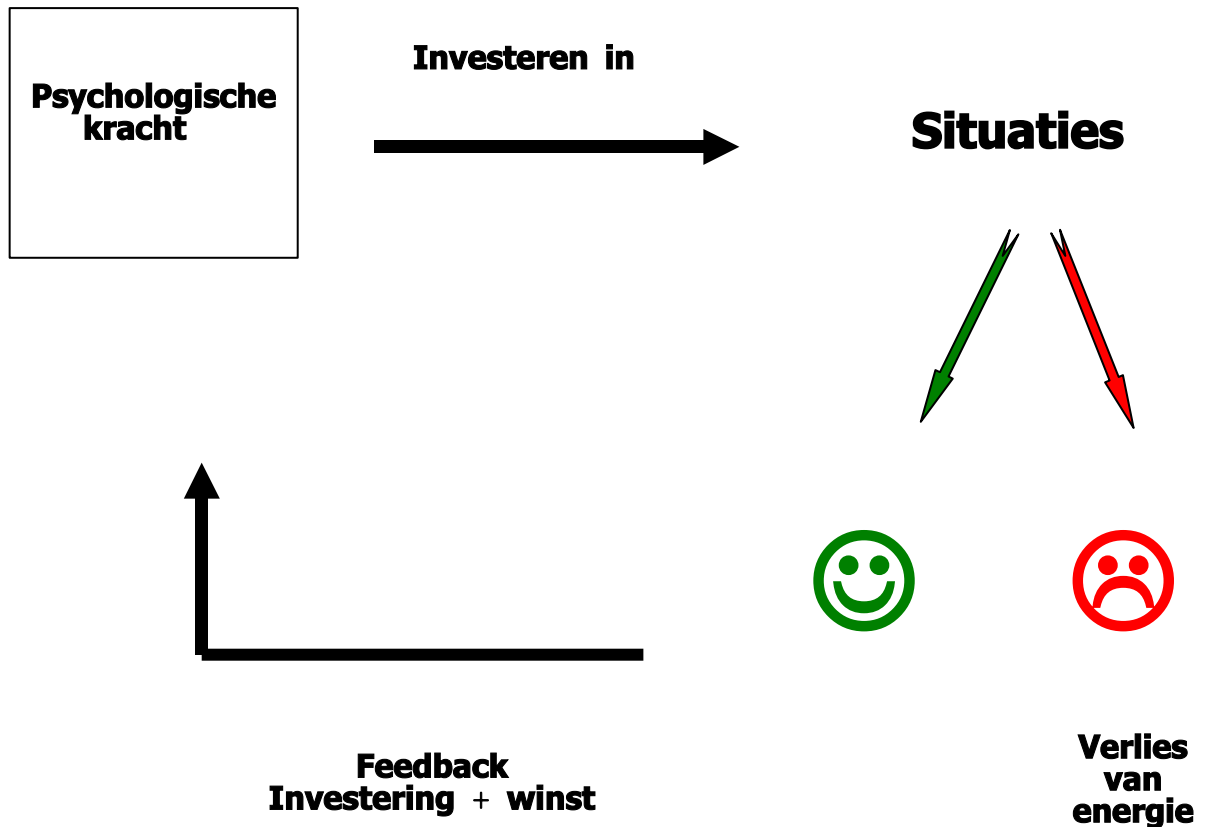
- therapeuten hebben meer dan een algemene populatie psychische problemen en onderkennen dit niet of niet tijdig
- 25% van de Amerikaanse psychiaters voelt zich suïcidaal, 1 op 16 deed al een poging
- 82% heeft ernstige relationele problemen (scheidingscijfer 51%)
- lage emotionele investering in de eigen familie
- afname van de intensiteit van de vriendschapsrelaties
- twijfel over de juiste beroepskeuze
- 46% van ons ervaart zijn of haar beroepsleven na 25 jaar als onbevredigend

Dit heeft uiteraard niet alleen te maken met mijn persoonlijke voorgeschiedenis. Mijn onwelzijn wordt evengoed gevoed door de hier-en-nu situatie. Werkbelasting, tegenoverdrachtssituaties (projecties), burnout, compassion fatigue, vicarious traumatization. Het klinkt allemaal dreigend en het is het ook. Langzaam groeit de interesse in onze sector voor deze fenomenen. Hoe langer hoe meer ziet men in dat het ideaalbeeld van de hulpverleners als rots in de branding, steun en toeverlaat die een eindeloze bereidheid tot helpen manifesteert en alles aankan, niet langer kan aangehouden worden. Het besef van begrenzing en eindigheid groeit tegelijk met het inzicht dat ook met menselijke energie zuinig moet worden omgesprongen.

Pierre Janet, zag het als volgt:

We beschikken allemaal over een voldoende hoeveelheid psychologische kracht, zegt Janet. Wij zouden het hebben over gunstige veldcondities, energie. Daarvan dienen we een deel te investeren in situaties (lees de therapeutische relatie, het contact met de anderen), het resultaat van deze investering kan twee kanten op. Is het verloop ongunstig, ondanks mijn inspanning, dan verlies ik de geïnvesteerde psychologische kracht. Ik ga dan de volgende situatie aan met minder energie. Als ik echter succesvol ben, dan wordt een feedbackmechanisme geactiveerd, de geïnvesteerde energie komt terug en met een beetje geluk maken we winst. Zodat we beter beslagen – met meer vaste grond onder de voeten - de volgende situatie aan kunnen gaan.

De daarnet beschreven problemen die hulpverleners raken zijn het gevolg van een te langdurig, soms zelfs chronisch energietekort. We onttrekken dan energie aan die ervaringsvelden die wel gunstig zijn, we rekenen daar op krediet en investeren er niet meer in. Na verloop van tijd droogt echter ook die bron op.



Als we dan finaal in de rode cijfers terechtkomen en te weinig energie overhouden om zelfs onze basale behoeften te bevredigen, zal ons organisme in het verzet gaan, we worden ziek, overspannen, vermoeid en kunnen dit uiteindelijk niet meer negeren. Onze existentie wordt bedreigd, we moeten ingrijpen.

Preventie is ook hier de beste remedie. En zelfzorg is daarin een belangrijk instrument. Laten we het schema van Zinker over de therapeutische relatie als

vertrekpunt nemen. We gaan hierbij vooral focussen op de wijze waarop die relatie zich aan de hulpverlener voordoet.

Voor de psychotherapeut is het hulpverleningsgebeuren een belangrijk contextgegeven. In die zin is het een cruciaal element in diens veldorganisatie. Het dient echter een **voedend** element te zijn, het moet reserves, energie leveren waarmee de therapeut in het creatief proces aan de slag kan. Wat we echter vaak merken is dat de veldorganisatie deficiënt is en meer energie vraagt dan oplevert. Dit vraagt van de hulpverlener een creatieve aanpassing waartoe hij of zij niet komt omwille van allerlei belemmeringen.

BEHOEFTE	ZICHELVEN		ANGST
Functioneringswijzen	Realiseren van de interactie		Contactstijlen
Het-functioneren	- merken	opduiken van figuur	<input type="checkbox"/> vervloeien
Ik-functioneren	- betekenis geven - oriënteren - aangaan - zich overgeven	opwinding van eigen verlangen waarnemen van omgeving aangaan van de wereld verenigen van organisme en omgeving	<input type="checkbox"/> introjecteren <input type="checkbox"/> projecteren <input type="checkbox"/> retroreflecteren <input type="checkbox"/> egotisme
Persoonlijkheids-functioneren	- integreren	eigen maken afstand nemen	<input type="checkbox"/> isoleren <input type="checkbox"/> vervloeien

Het proces van de therapeutische relatie

Wat belemmert het therapeutische proces op het niveau van de therapeut.

Introjecten:

De keuze om therapeut te worden wordt vaak gestuurd vanuit onbewuste processen. Vanuit onze voorgeschiedenis zijn wij vaak geconditioneerd (lees geïntrojecteerd) tot onbaatzuchtig helpen waardoor een inefficiënt grensbesef ontstaat. Veel psychotherapeuten komen uit gezinnen met veel psychische spanningen (depressie, schizofrenie, verslaving) en namen daar de rol van lastdrager, go-between, bemiddelaar, verzorger op zich.

Ook vanuit de hulpverleningswereld (scholen, collega's, organisatie, de overheid) komen allerlei regels en normen, waarden en overtuigingen aanwaaien. Een aantal daarvan dringen de hulpverlener in een keurslijf en stimuleren hem of haar om de eigen grenzen steeds weer te verleggen.

Projecties.

Een motief om in de hulpverlening te stappen is narcisme. Ik wil dat er naar mij geluisterd wordt, ik wil belangrijk zijn, ik wil invloed hebben. Hulpverleners dient dan mijn nood en niet die van de cliënt.

Voorals er sterke gelijkenissen bestaat tussen het verhaal van de cliënt en het eigen verhaal zal de hulpverlener soms de eigen oplossingen promoten. Zo worden cliënten gepushed in een niet door hen zelf gekozen richting of er net van weggehouden omdat dat te confronterend zou zijn voor de therapeut. Hiertegen ontstaat in het beste geval weerstand en dan wordt de therapeutische relatie soms afgebroken. Hierdoor nemen de gevoelens van machteloosheid of kwaadheid van de therapeut toe. Ofwel geraken hulpverlener en cliënt er hierdoor uit. Het hoeft niet altijd slecht af te lopen. Ook vanuit de tegenoverdracht kunnen projecties ontstaan. De overdreven behoefte om te helpen mondt dan vaak uit in het kleineren van de cliënt en het minimaliseren van diens capaciteiten om voor zichzelf te zorgen. Er wordt dan een afhankelijkheid geïnstalleerd. Maar wiens afhankelijkheid is het.

□ **Deflecties:**

Het is een vicieuze cirkel. Als de hulpverlener overtuigd is van het uitzichtloze van de situatie geeft hij de hoop misschien op en creëert zo de ene self-fulfilling prophecy na de andere. Aan de ene kant zijn deze deflecties vaak negatieve toekomstverwachtingen, maar het kunnen ook zelfoverschattingen zijn (ik ben de enige die hiermee overweg kan, als ik nee zeg, kan die cliënt nergens terecht). Dit is vooral een valkuil voor hulpverleners die in een end-of-the-line functie werken.

Gecombineerd met introjecten allerhande (geen inspanning is te veel, je moet doen wat nodig is, een hulpverlener heeft geen uren) krijgen we een gevaarlijke mix die de psychotherapeut ervan weerhoudt de eigen grenzen efficiënt te bewaken.

□ **Retroflecties:**

Eigen emoties worden weggeduwd, ongepast en inadequaat gedrag van cliënten wordt geaccepteerd. De eigen grens wordt voortdurend verlegd zodat het verhaal uiteindelijk in zichzelf snijdt. Ook hier spelen soms introjecties een rol die vanuit de organisatie aangebracht worden. Zo kan op een dienst de opvatting leven dat een therapeut een sterke figuur moet zijn. Dit weerhoudt een teamlid er van om de moeite die hij of zij ervaart in een begeleiding in te brengen op een teamvergadering.

□ **Confluentie:**

En uiteraard leidt een overbetrokken copingstijl tot verregaande confluentie die op zich nieuwe grensoverschrijdingen veroorzaakt. Het verantwoordelijkheidsgevoel blijft nazinderen ook al is de cliënt al lang naar huis. De therapeut kan niet loslaten, komt niet meer tot rust en stapelt onaffe gestalten op.

Dit heeft uiteraard allemaal consequenties voor de functioneringswijzen van de hulpverlener. Er zijn drie functioneringswijzen.

Het-functioneren (gewaarworden, in contact staan met de eigen lichamelijke signalen, emotionaliteit): doordat de focus voortdurend op de cliënt gericht is, vervreemdt de hulpverlener van zichzelf. De hulpverlener vangt een aantal signalen niet meer op of negeert ze en neemt andere daarentegen juist zeer

duidelijk waar. Hij staat niet langer stil bij de eigen tekens. De gevolgen laten niet lang op zich wachten. Tot deze groep behoort ook de hulpverlener die koppig vasthoudt aan het model en onvoldoende creatief is om die werkvorm te implementeren die de cliënt echt vooruit helpt.

Onlangs las ik een boekje van Susan Sontag over fotografie. Ze schreef over het kijken naar de pijn van de anderen. Haar stelling was dat fotografen al die gruwel kunnen registreren omdat het fototoestel hen beschermt tegen de enorme agressiviteit en hardheid van wat ze fotograferen. Ze schakelen hun eigen emotionaliteit uit, ze gaan functioneren op automatische piloot. Ze overleven.

Ik kan mij voorstellen dat het therapeutisch model mij ook helpt om te kunnen blijven helpen zonder overspoeld te geraken. Maar verschuilen wij ons niet te veel en te vaak achter onze techniek en ons model en theorie om het contact met de pijn van onze cliënt en het contact met onze eigen pijn te vermijden.

Ik-functioneren (de verlangens of behoeften): de eigen behoeften worden systematisch op de achtergrond geschoven. De grens wordt steeds verder opgeschoven. Geven is belangrijker dan ontvangen. Tegenover deze overmaatse identificatie met de cliënt staat een vervreemding van andere belangrijke anderen (vrienden, kennissen). De relatie met de cliënt krijgt het karakter van een primaire relatie waar prioritair aandacht en energie naar uitgaat. Uiteindelijk leidt dit vaak tot sociaal isolement. De omgeving wordt daardoor armer. De therapeut geraakt ontkoppeld, disengaged zegt men in de gezinstherapie van Minuchin.

Persoonlijkheidsfunctioneren (het geheel van reactiewijzen dat wij bezitten en hanteren): heel wat reactiewijzen worden uitgesloten. Alleen het zorgen krijgt een plaats. En het piekeren, het doemdenken. Ironie en sarcasme worden basishoudingen. Opkomen voor zichzelf, uiting geven aan zijn kwaadheid, ergernis, ruzie maken, begrenzen en eisen... het is allemaal vooral taboe. Wat wel mag is verantwoordelijkheid overnemen, de andere voortdurend uit de wind zetten, beschermen, sparen.

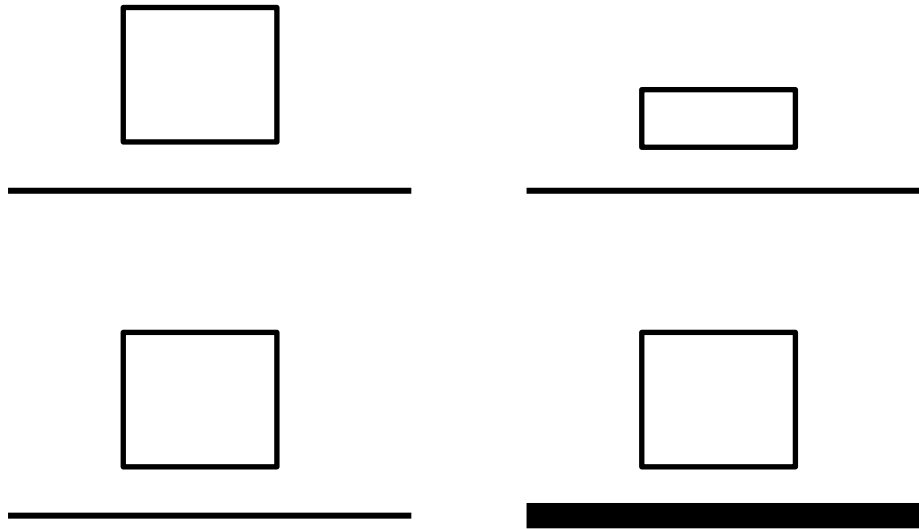
Oplossingsgericht denkwerk: zelfzorg als opdracht.

In een tekst van Claude Missiaen kwam ik een pakkend zinnetje tegen. "Zelfs waterdragers krijgen dorst".

De opdracht voor therapeuten die hierin schuilt is dat ze zelf ook behoeften hebben en voor zichzelf moeten zorgen. De focus dient dus te alterneren tussen de behoefte van de cliënt en de eigen behoefte, tussen het zorgen voor de ander en het zorgen voor zichzelf. Deze heen-en-weer beweging is een levenslange opdracht en komt de kwaliteit van beide zorgprocessen ten goede.

Goede zelfzorg is afhankelijk van de goede verhouding tussen draaglast en draagkracht. Onevenwicht tussen beide kan aangepakt worden door de draaglast te verminderen (minder cliënten zien, minder lang werken...) of door de

draagkracht te verhogen (opleiding, inter- en supervisie, korter bij huis werken...)



Angeline Donk ontwikkelde enkele jaren geleden een “zelfzorgvragenlijst” voor traumahulpverleners. Die lopen een verhoogd risico op secundaire traumatisatie en burnout. De vragenlijst zit in het bundel en verdient enige aandacht. In eerste instantie levert deze lijst een overzicht van hoe het met mijn zelfzorg gesteld is.

Angeline Donk onderscheidt vijf gebieden van zelfzorg:

- Fysieke zelfzorg
- Psychologische zelfzorg
- Emotionele zelfzorg
- Professionele zelfzorg
- Evenwicht

De initiële reactie is vaak verbazing. Verbazing dat zelfzorg met zoveel te maken heeft (het zat dus duidelijk niet op de voorgrond) en verbazing over de vaak ronduit slechte resultaten. Vooral het besef dat men ook voor de hand liggende dingen niet doet is confronterend. Ik heb het hier natuurlijk over collega’s die een zeker probleembesef hebben en hiermee consulteren. Eens van de verbazing bekomen, dient het resultaat vertaald te worden in doelstellingen en een programmering. Niet wat men doet aan zelfzorg is belangrijk maar dat men het doet. Het zelfrespect wordt hersteld, de eigenwaarde opgekrikt en uiteraard dient deze nieuwe stijl geïntegreerd te worden. Aangezien het proces van zelfzorg plaatsvindt op de contactgrens zal ook onze relatie met de anderen veranderen. Reken op enige weerstand bij jezelf (retroreflecties, deflecties) en de omgeving (introjecten en projecties) tijdens dit proces.

Mijn zelfzorg vraagt van de andere een aanpassing, een verandering. Dit is onvermijdelijk en valt niet altijd in goede aarde.

Zelfzorg is dus mezelf anders benaderen. Dat is beter zorgen voor mijn lichaam, mijn geest en emotioneel leven. Het is mijn eigen behoeften een kans

geven en ze niet laten wegduwen door de opdracht voor anderen te zorgen. Het is mezelf met **mildheid** benaderen. Het is wegevolueren van de keiharde interne criticus of de – zoals Bruno Paul De Roeck hem noemt - de perfectionistische kloteneuroot die zoveel strenger is voor zichzelf dan voor de anderen. Wie mild is voor zichzelf kan zichzelf niet gierig behandelen.

Zelfzorg is ook de anderen anders benaderen. In termen van begrenzen maar ook appelleren, zorg vragen en dus vooral contacteren. In het contact met de anderen dien ik te zoeken naar voedende contacten en niet naar vullende contacten. Uiteraard is mijn ervaringsveld ruimer dan alleen mijn werkcontext. Ik dien te investeren in contacten met vele anderen in telkens wisselende veldsegmenten.

Professionele zelfzorg is echter zeer belangrijk. De professionele omgeving is een veldsegment dat goed georganiseerd dient te zijn. Ik dien daarin aanwezig te zijn met het beste van wat ik te bieden heb, namelijk mijzelf. Ik dien mijzelf in te brengen in de therapeutische relatie met de cliënt, in de collegiale relaties in het team. Actieve betrokkenheid, in contact gaan is het beste tegengif tegen manipulatie en energieverlies. Ik dien hierbij mijn eigen grenzen nauwlettend te bewaken. Ik kan het mij niet permitteren dat cliënten of collega's mijn grens overschrijden. Als dit gebeurt dien ik hierbij stil te staan en gepast op te reageren. Ik breng het in in intervisie, supervisie of in de teamvergadering. Een methode die hierbij dienstbaar kan zijn is de **incidentmethode**. Een voorval of incident wordt omschreven aan de hand van vier vragen:

1. **Wat gebeurt er?** Een cliënt kwam vorige keer niet opdagen en begint nu niet zelf over die afwezigheid en ik zwijg er ook over.
2. **Wat denk ik daarbij?** Ik denk: " Het kan niet dat hij dit is vergeten, hij durft er niet over praten omdat hij geen valabele reden had om afwezig te zijn."
3. **Wat voel ik? Wat word ik gewaar?** Ik voel me steeds meer nerveus worden, mijn ergernis neemt toe, mijn handen zijn vuisten.
4. **Wat wil ik?** Ik wil vragen waarom hij de vorige keer niet kwam?

Deze vier eenvoudige vragen brengen mij bij mijn ervaring van het moment en uiteindelijk ook bij mijn verlangen. Of ik dit verlangen ook in contact breng is een keuze die ik dien te maken. Is het nuttig en wenselijk op dit moment Ik taxeer mijn ervaring en kom uiteindelijk tot een besef van mijn eigen grenzen. Ik dien te weten hoeveel cliënten ik met een bepaalde problematiek wil zien (contingentering: maximaal drie cliënten met DIS, geen persoonlijkheidsproblematiek in mijn privé-praktijk, minstens 16 jaar oud, geen acute verslavingsproblemen). Ik dien te weten hoeveel uur ik wil werken en wanneer. Wat ik wil verdienen. Ik dien te weten hoeveel bijscholing, intervisie, supervisie ik wil hebben. En goede zelfzorg is vooral ook mij aan mijn eigen regels houden.

Ook een team dient voor zichzelf en dus ook voor de teamleden en de organisatie te zorgen. Bovenal dient daar de bereidheid aanwezig te zijn het teamfunctioneren in vraag te stellen. De teamverantwoordelijke dient bijzondere aandacht te besteden aan de signalen die mogelijk op burnout of secundaire

traumatisatie wijzen. Het is een hele waslijst en ze zitten in de bundel. Mijn criterium is dat een collega die op drie signalen scoort dient bevraagd te worden op zijn of haar functioneren.

Het team van Greet van daarstraks, was helemaal niet dragend, zorgend. Het ontbrak er aan vaardigheden om conflicten te hanteren, er was geen sprake van wederzijdse aansprakelijkheid, niet beschuldigd worden was belangrijker dan een oplossing vinden voor het probleem. Het team hanteerde heel rigide opvattingen over hulpverlening en over hulpverleners. Niemand van de collega's informeerde tijdens haar afwezigheid naar haar toestand en in de dossiers waren geen interventies gedaan. Dit team was geen goede grond onder de voeten van Greet. Die had vaak het gevoel op drijfzand te staan, en hoe harder ze zich weerde, hoe dieper ze wegzonk. Greet is daar juist op tijd uitgestapt. Haar ziek worden was haar creatieve aanpassing aan een ziekmakende context.

Ik ben enkele jaren geleden gestopt met het relativeren van de situatie. Als supervisor kom ik met veel professionelen in contact en maak ik het van nabij mee hoe weinig weerbaar men soms is. Te vaak wordt de problematiek geminimaliseerd (af en toe valt er een slachtoffer, dat is niet te vermijden), of gebagatelliseerd (even uitblazen en dan er weer tegenaan), of herlabeld (Carla neem tijdskrediet op, gaat deeltijds werken, verkent nieuwe horizonten), anders gediagnosticeerd (het is de relatie met haar man, drie kinderen dat kan ze niet aan, dat is te zwaar). Wellicht omdat we niet graag met onze eigen eindigheid en beperkingen geconfronteerd worden laten we collega's die kraken onder de werkdruk stikken. We dienen onze verantwoordelijkheid te nemen, een individuele en een collectieve. Zoals in het Vertrouwenscentrum te Leuven, waar het team een huisarts onder de arm genomen heeft. De opdracht van deze arts is de gezondheidstoestand (fysiek en mentaal) van het team bewaken. Iedereen gaat driemaandelijks op controle en wie signalen van overbelasting vertoont, dient dit aan te pakken en krijgt daarvoor de faciliteiten. Het kan, als we er zelf voor zorgen.

Tot zover het kader dat ik wilde schetsen. Ik ben de NVAGT dankbaar voor het persoonlijk proces dat ik in de voorbereiding naar deze dag heb kunnen maken. Ik ga wel vaak spreken over zelfzorg en burnout en dergelijke, maar hoe stond ik er zelf voor. Heb ik er na 25 jaar nog wel zin in? Daar kan ik duidelijk ja op zeggen. Zijn er nog onaffe Gestalten aanwezig waarover ik regelmatig struikel? Zeker weten en we doen er iets mee. Zijn mijn grenzen voor mij duidelijk? Hoe langer hoe meer. Zorg ik goed voor mijzelf? Absoluut en ik wens voor jullie allemaal hetzelfde.

Dank U wel

Mark Luyten
Aalst
27 mei 2005