

Intervisie, open cultuur en steun helpen de hulpverlener

Het gewicht van andermans trauma

Kindermisbruik, verhalen van vluchtelingen, gezinnen waar extreem veel geweld wordt gebruikt: hulpverleners krijgen vaak heel wat over zich heen. Soms krijgen ze daardoor zelf klachten. Hoe voorkom je secundaire traumatisering?

door **Sigrid Starremans** illustratie **Berend Vonk**

Vijl jaar geleden ging het bergafwaarts met jeugdwerker Kees. Hij sloep slecht, kon alleen nog maar aan het werk denken en kampte met sterke gevoelens van onmacht. 'In die tijd speelde de zaak-Savannah', vertelt hij. 'Dat greep me heel erg aan. Over de berichtgeving in de media heb ik me vreselijk opgewonden. Dat je als gezinsvoogd op zo'n negatieve manier wordt weggezet. Terwijl je weet hoe ingewikkeld dat soort zaken zijn.'

In zijn eigen werk vlotte het ook niet. Een aantal slapende zaken die al geruime tijd duurden en waar geen schot in zat, gingen hem steeds meer dwarszitten. Dat werd zo erg dat hij al boos en agressief werd als hij het merk auto van een bepaalde cliënt voorbij zag komen. Of als hij langs de wijk reed waar ze woonde.

Tegelijkertijd werd hij steeds kritischer tegenover zijn eigen organisatie en jeugdzorg in het algemeen. 'Ik had een heel sterk gevoel dat jeugdzorg niks voorstelde. De middelen die ik had om mijn werk te doen, voldeden niet meer. Ik had geen grip meer op de situatie.'

Geen burn-out

Na de zoveelste slapeloze nacht meldde Kees zich ziek. Hij zat een tijd thuis, er werd vastgesteld dat hij een burn-out had. Totdat hij een aantal gesprekken voerde met Wendela Wentzel, senior projectleider/trainer huiselijk en seksueel geweld bij Movisie. De obsessie met problemen van cliënten en zijn negatieve wereldbeeld waren voor

Wentzel aanwijzingen dat Kees geen burn-out had, maar aan secundaire traumatisering leed. 'Een burn-out is veel globaler. Mensen zijn doodmoe en voelen zich overvraagd, maar de klachten zijn niet zo gekoppeld aan de aard van het werk. Bij secundaire traumatisering dringen de problemen van de cliënt door tot in het onbewuste.' Kees werkt inmiddels, zij het parttime, weer als jeugdwerker. Belangrijk voor hem was inzicht te krijgen in werk-

Na de zoveelste slapeloze nacht meldde Kees zich ziek

processen. 'Een groot deel van wat je doet, wordt bepaald door wat overheden van je vragen. Waar het eigenlijk om gaat, raakt buiten zicht. Dat maakt het moeilijk.' Ook leerde hij om meer afstand te creëren tussen zichzelf, de cliënten en de organisatie. 'Het gaat erom dat je in een vroeg stadium duidelijk maakt dat je bepaalde dingen niet doet. Vroeger zou ik eerder zijn gaan nadenken over oplossingen.'

Wendela Wentzel geeft ook trainingen over preventie



van secundaire traumatisering. Een aantal jaren geleden kwam ze in aanraking met het fenomeen toen ze met vrouwelijke hulpverleners werkte die te maken hadden met seksueel misbruik. Zij kregen de verhalen van cliënten vaak tot in details te horen en werden daar onpasselijk van. Sommigen ontwikkelden klachten die pasten bij een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Ze droomden dat ze zelf verkracht werden of hadden het idee dat ze werden achtervolgd. Wentzel herinnert zich een hulpverlener die zo'n behoefte kreeg aan veiligheid, dat ze altijd bij haar vriend wilde zijn. Wentzel: 'De emotionele huishouding van mensen ligt overhoop. Het zijn veranderingen waar mensen zelf erg van schrikken.'

Beladen

De term secundaire traumatisering is in veel instellingen niet bekend. Zelfs de meeste bedrijfsartsen weten niet wat de aandoening inhoudt. Sommige deskundigen betwijfelen zelfs of de aandoening überhaupt bestaat. Psychiater Annemarie Smith denkt daar anders over, al neemt ze de term secundaire traumatisering niet graag in de mond: 'Die term is zo beladen. Bovendien is er niet zo snel sprake van "traumatisering".'

In 2009 promoveerde Smith op het onderzoek *Listening to trauma. Therapists' countertransference and long-term*

effects related to trauma work. Ze werkt bij Stichting Centrum '45, het landelijk behandel- en expertisecentrum voor psychotrauma. De aanleiding voor het promotieonderzoek was dat bij een arbo-onderzoek bleek dat de hulpverleners van de instelling een hoog emotioneel stressniveau vertoonden. De hoofdvraag van Smiths onderzoek werd dan ook: welk effect hebben traumaverhalen op therapeuten? Voor het onderzoek kreeg een aantal therapeuten videofragmenten te zien van nagespeelde therapie-situaties. In één fragment vertelde de cliënte over traumatische ervaringen. De reactie op dit fragment week duidelijk af van die op de andere. Smith: 'Samengevat vertoonden therapeuten drie reacties: betrokkenheid, confrontatieschrik en negatieve gevoelens als boosheid en machteloosheid. Juist die combinatie van positieve en negatieve gevoelens is boeiend, maar maakt traumatherapie ook belastend.'

Tegelijkertijd concludeerde Smith dat traumatherapeuten niet angstiger of depressiever zijn dan niet-gespecialiseerde psychotherapeuten. In een eerder onderzoek vond ze wel aanwijzingen dat traumatherapeuten een negatiever wereldbeeld hadden dan cliëntgerichte psychotherapeuten. 'Het geloof in de goedheid van de mens en de wereld gaat niet meer op. Dat is moeilijk, daar moet je als therapeut iets mee.' Smith benadrukt overigens dat

dit soort reacties 'gewoon' bij het werk horen en dat therapeuten niet moeten schrikken als ze die bij zichzelf opmerken. 'Als je bij de afwas een keer onwillekeurig terugdenkt aan een heftig verhaal van een cliënt, er incidenteel over droomt of wel eens gespannen bent, betekent dat nog niet dat je secundair getraumatiseerd bent. Daar kun je pas van spreken als je langere tijd PTSS-achtige klachten hebt en je je werk niet meer kunt doen. Zover ik weet is dat in onze instelling slechts incidenteel voorgekomen.'

Geen teken van zwakte

Helma van Overbeeke, gedragswetenschapper bij Cardea Hulpverlening, wist wel dat traumaverhalen effect op hulpverleners kunnen hebben - al had ze er eerst geen naam voor. Totdat ze in 2004 met Isabella van der Spek, een medewerker die een opleiding in de hulpverlening volgde, om de tafel ging zitten om een onderwerp voor haar scriptie te bedenken. 'We kwamen uit op wat in officiële termen secundaire traumatisering heet. Onze medewerkers komen zo vaak in aanraking met moeilijke gezinnen en kinderen die hen raken.'

Een belangrijke aanleiding voor het schrijven van de scriptie was bovendien dat de medewerkers van Cardea kort daarvoor, naast in teamverband, ook meer individueel waren gaan werken. Mede door de scriptie van Van

'Ook hulpverleners zijn niet onkwetsbaar en onfeilbaar'

der Spek kwam men bij Cardea tot de conclusie dat ervoor moest worden gezorgd dat er nog genoeg mogelijkheden en ruimte overbleven om over het werk en de eigen beleving te praten. Van Overbeeke: 'In het team komt het onderwerp nu geregeld aan de orde: hoe zit je erbij, wat maak je mee, wat doet het met je? Voor nieuwe medewerkers is er een training die deels over secundaire traumatisering gaat.'

Ook Wentzel en Smith benadrukken dat intervisie en het uitwisselen van ervaringen in een open cultuur belangrijke preventieve maatregelen zijn om secundaire traumatisering te voorkomen. 'Het mag niet als een teken van

Risicofactoren

Is de ene hulpverlener gevoeliger voor secundaire traumatisering dan de andere? Wat zijn de risicofactoren? Wendela Wentzel van Movisie en psychiater Annemarie Smith noemen de volgende aspecten:

- Hele jonge (naïeve) therapeuten, maar ook juist de wat oudere generatie - daar is de rek uit.
- Hulpverleners die veel lange slepende zaken met weinig kans op verandering onder hun hoede hebben.
- Eigen (onverwerkte) ervaringen met misbruik en verwaarlozing.
- Organisaties waarin weinig methodisch te werk wordt gegaan. In goede, heldere werkmethode is verweven hoe de hulpverlener moet omgaan met afstand en nabijheid van de cliënt.
- Hulpverleners die vaak traumaverhalen horen, kunnen kwetsbaarder zijn, maar dat hoeft niet. Hulpverleners die er alleen zo nu en dan mee in aanraking komen, zijn er soms gevoeliger voor omdat ze er niet op voorbereid zijn.

zwakte worden beschouwd als iemand er last van heeft', verduidelijkt Wentzel. 'Als hulpverleners over dergelijke ervaringen mogen praten, valt er een druk van hen af.' Smith: 'Therapeuten en hulpverleners hebben geleerd om zich op de cliënt te richten. Hun eigen beleving staat op de achtergrond. Maar ook zij zijn niet onkwetsbaar en onfeilbaar.'

Schoonheid

Volgens Wentzel is het ook van belang dat managers en andere leidinggevenden op de hoogte zijn van het fenomeen en in moeilijke tijden genoeg ondersteuning bieden. 'Hulpverleners verwachten dat, maar krijgen het niet altijd. Leidinggevenden moeten daar veel meer van doordrongen raken. Ze zouden standaard moeten vragen: kun je het werk nog aan? Zijn er dingen die belastend zijn? Dan straal je ook uit; ik waardeer wat je doet.' Smith noemt een gevarieerd takenpakket en, zo mogelijk, voorbereid zijn op een traumatisch verhaal. 'Dan raak je minder snel overspoeld.'

Wat Smith en Wentzel beiden essentieel vinden om tegengif te bieden aan de ervaringen met de onaangename en soms meest wrede kanten van de mensheid, is de schoonheid opzoeken die het leven ook biedt. Wentzel: 'Ga je in je vrije tijd niet ook nog in allerlei zware commissies zitten. Kijk niet alleen maar films waarin alles fout gaat. Geniet van je tuin, doe fysieke activiteiten waarbij je het werk achter je kunt laten.' Smith: 'Als het je lukt om geleidelijk aan je wereldbeeld bij te stellen, dan kunnen de ervaringen van cliënten ook verrijkend zijn en je horizon verbreden.' ■

De naam Kees is om privacyredenen gefingeerd.

Meer informatie: w.wentzel@movisie.nl