**Burn-out, de gevaren van empathie**

© **Babette Rothschild,**M.S.W., L.C.S.W

**Inleiding**

In het januari-nummer van Promise dit jaar hebben we een artikel geplaatst van Babette Rothschild over spiegelen. Daarin wordt het belang van empathisch handelen van een hulpverleen(st)er besproken. Het ging vooral over de zogenaamde spiegelneuronen, die ons in staat stellen op een diep niveau de emoties van een cliënt te bevatten. Gevoelens en emoties kunnen ‘ge-empathiseerd’ worden en daardoor impliciet begrepen. Verbondenheid heeft ineens een neurologische betekenis gekregen. Naast al het goede wat empathie in een therapeutisch klimaat kan brengen, heeft het ook gevaren in zich, zeker als het gaat om hulp bij ernstige trauma’s. In dit tweede artikel van Rothschild wordt beschreven, hoe empathie van hulpverleners ook kan leiden tot een ‘klassieke’ burn-out. (Gerard Feller)

**Ruth**

Ruth (42) is onlangs begonnen aan een nieuwe baan als maatschappelijk werker, gespecialiseerd in hulp bij relatieproblemen in families. Ze is een ervaren professional, die houdt van uitdagingen in haar werk. Ze vindt het fantastisch om wanhopige mensen te helpen, en vindt het een uitdaging om huisvestings- en financiële problemen op te lossen. Maar na een paar maanden werd haar nieuwe werk een bedreiging, en werd ze zelfs bang om te gaan werken. Zelfs aan het begin van de dag voelde ze zich uitgeput en depressief. Het werd zo erg dat ze bang was dat ze moest stoppen met haar werk, en arbeidsongeschikt zou worden. Bij die gedachte werd ze wanhopig, want het werk betekende veel voor haar en ze wist niet wat ze verder kon doen. Ruth’s werkgever consulteerde mij als raadgever. In een groepsgesprek wat ik had met Ruth en haar collega’s onthulde Ruth dapper haar hachelijke situatie. “Hoe lang voel je je al zo?”, vroeg ik haar. “Als ik me goed herinner, vooral de laatste paar weken”, antwoordde ze. “Waren er buitengewoon moeilijke opdrachten die je had?” Ja, die waren er volgens Ruth, en ze vertelde over een probleem van een confident, een angstige vrouw, die een gewelddadige man had, die haar mishandelde.

Deze vrouw werd opgenomen in een vrouwenopvanghuis en ze had zich tot Ruth gewend voor hulp. Zodra Ruth begon te spreken vertoonde ze tekenen van verhoogde stress, haar huid werd bleek en klam, en haar handen trilden. Ik vroeg haar even stil te zijn en te letten op haar lichamelijke reacties. Realiseerde ze zich hoe haar lichaam reageerde? Ze zei dat ze het koud had, transpireerde en zich labiel voelde. Toen ik vroeg wat ze voelde, begon ze te huilen. “Wat gebeurt er met me?”, snikte ze. Vroeger was ik in staat om veel meer te verwerken. Ze kon de stroom van emoties niet meer stoppen. Gelukkig gebeurde dit in een kleine groep van collega’s, die haar ondersteunden. Hoewel Ruth’s reactie intens was, was deze niet ongebruikelijk. Spoedeisende hulp of hulp aan getraumatiseerde mensen is altijd veeleisend en het risico dat hulpverleners plaatsvervangend getraumatiseerd raken is groot. Vaak zijn ze niet goed voorbereid om dat werk te doen.

Natuurlijk adviseren we altijd begeleiding voor therapeuten en maatschappelijk werkers en moedigen we hen aan om moeilijke ‘gevallen’ met hun collega’s te bespreken. Maar vaak wordt niet herkend dat praten alleen niet genoeg is. Er gebeurt geweldig veel ten gevolge van het trauma in het lichaam en de geest van de cliënt maar ook plaatsvervangend bij de hulpverlener. We ervaren allemaal de toenemende arousal van het autonome zenuwstelsel, de zogenaamde ‘flight or fight’ -reacties. Altijd is er de mogelijkheid van overdracht van gevoelens en het feit dat eigen problemen van hulpverleners tijdens gesprekken getriggerd worden. Door de somatische, lichamelijke gevolgen van plaatsvervangende trauma’s zijn hulpverleners emotioneel en fysiek net zo kwetsbaar, hoewel ze misschien cognitief de zaken op orde hebben. Het voorkomen en verbeteren van een plaatsvervangende traumatisering vraagt van ons meer aandacht te besteden aan de lichamelijke sensaties en gevolgen van onze emoties.

**Risico’s van trauma’s**

Wanneer ik mensen zie, die lijden aan plaatsvervangende traumatisering, evalueer ik altijd met ze welke gevaren ze temaken hebben. Vaak zie ik dat de manier waarop ze de informatie verwerken die ze van hun klanten te horen krijgen, de mate waarin ze horen, voelen, zien en reageren op de trauma’s van de cliënten, van invloed zijn voor de kans waarop ze zelf getraumatiseerd worden. Ten tweede bepaalt ook de wijze waarop ze zelf fysiek en verbaal communiceren of en hoe ze zelf getraumatiseerd raken. En ten derde wordt hun vatbaarheid voor plaatsvervangende traumatisering beïnvloed door persoonlijke kwesties in hun herinneringen in het verleden die aanhaken bij de trauma’s van de cliënten.

Na het horen van Ruth’s verhaal heb ik haar nog twee keer alleen gesproken. In de eerste sessie vroeg ik haar wat meer te vertellen over de kwestie die haar zo aangreep. Terwijl ze een gedetailleerde beschrijving gaf van de situatie van haar cliënt, liet ik haar regelmatig stoppen door te vragen wat ze voelde, zag en wat er door haar hoofd ging. Ze kon dat uitgebreid en kleurrijk aangeven. Als zorgverlener had ze zich aangeleerd om bij ervaringen van cliënten levendige beelden op te roepen in haar hoofd. In feite leefde ze zich uitermate sterk in in de uitgebreide trauma’s van haar cliënten. Dit is ook wat veel hulpverleners vaak doen, zich overmatig betrokken voelen. Dit is enerzijds nuttig maar het levert ook een aantal gevaren op. Het is een misvatting dat hulpverleners, teneinde hun cliënten goed te kunnen helpen, ook hun pijn moeten voelen. In feite is het zelfs zo dat een overmatig inlevingsvermogen ondermijnt dat ze voor de cliënten een rots in de branding zijn.

Voor een traumatisch slachtoffer helpt het niet als ze zien dat een hulpverlener net zo getriggerd wordt als ze zelf worden. Toen Ruth de situatie van haar cliënt besprak was ze niet de objectieve waarneemster die de gebeurtenissen op een afstand beluisterde. In plaats daarvan verplaatste ze zich in de schoenen van de cliënt en beleefde ze de gebeurtenissen zoals de cliënt die beleefde. Als een cliënt een auto ongeluk beschreef waande Ruth zich in de stoel van de bestuurder, die verwoed probeert een ongeluk te voorkomen. Als een tornado het huis van een cliënt vernietigd had, zag Ruth haar eigen huis in puin. Het is dan ook geen wonder dat ze steeds kwetsbaarder en meer vatbaar werd voor lichamelijke spanningen en gevoelens van haar confidenten. In de meeste gevallen kon ze de gevoelens van zichzelf en haar cliënten goed scheiden, maar in dit geval niet. Nadat ik een idee gekregen had hoe Ruth informatie verwerkte, keek ik ook naar de patronen van interacties met haar cliënten. “Op welke manier heb je gesprekken met mensen, hoe en waar zit je dan?”, vroeg ik. Net als veel professionals hield Ruth gesprekken met haar cliënten in hun eigen situatie maar ook op haar kantoor. Vaak plaatste zij de stoel van de cliënt dicht bij haar eigen stoel, of aan de zijkant van het bureau, zodat ze bijna letterlijk ‘de koppen bij elkaar staken’.

Tijdens een gesprek had ze de neiging om zich in de richting van de cliënt voorover te buigen. Om empathie te communiceren spiegelde ze de gezichtsuitdrukkingen en gebaren van een cliënt. Als een cliënt iets vertelde met een pijnlijk of droevig gezicht dan reageerde Ruth met dezelfde gelaatsuitdrukking. Een deel van dat gedrag was bewust (ze wilde communiceren op een begripsvolle en empatische wijze) maar deels was het onderhand een tweede natuur geworden, en gebeurde het net zo onbewust als ze bijvoorbeeld ademde. Tot slot vroeg ik aan Ruth erover na te denken of er iets was in de situatie van de cliënt die haar deed denken aan haar eigen verleden. Dit was een moeilijke opdracht voor haar. Ondanks het feit dat ze een uitermate empathische stijl van interactie met haar cliënten had, was ze er altijd trots op dat ze het vermogen had zaken te objectiveren en zich niet te laten meeslepen in de verhalen en belevenissen van de cliënten. Het idee dat haar persoonlijke gevoelens in haar werksituatie inbreuk zouden kunnen maken, verraste haar bijzonder. “Nee”, benadrukte ze, “ik heb nooit iets dergelijks in mijn leven meegemaakt als de cliënt die door haar man mishandeld werd”. Daarna vroeg ik opnieuw: “Is er helemaal niets in het verleden wat een link kan zijn naar de situatie van de cliënt?”. “Als het al niet met jezelf gebeurd is, misschien iemand uit je kennissenkring?” Langzaam drong een herinnering tot Ruth door.

Ze herinnerde zich dat haar nichtje van 10 jaar regelmatig geslagen werd door de man van haar moeder als hij dronken was. Ruth, die toen dezelfde leeftijd had, zag haar nichtje vaak met een blauw oog en een gespleten lip. Ruth wilde haar destijds heel graag helpen, maar ze was natuurlijk veel te jong en ze voelde zich machteloos om echte hulp te bieden. In die tijd, in het midden van de jaren zestig, waren er nog geen opvanghuizen beschikbaar voor vrouwen die geteisterd werden door huiselijk geweld. Veel wethandhavers hadden weinig zin om het op te nemen voor die groep van vrouwen. Ze werden er vaak van beschuldigd dat ze het geweld zelf uitgelokt hadden. Zoals veel vrouwen in die tijd bleef de moeder van Ruth’s nichtje bij haar man en werd nog jaren lang lichamelijk en emotioneel mishandeld tot de alcohol de man doodde. Als kind had Ruth gezworen dat zij, als ze ouder was, mensen zou helpen in hun pijn en lijden. Toch kon Ruth niet goed inschatten hoe groot de gevolgen van de emotionele impact van het trauma van haar nichtje op zichzelf nog had. Het zien van een misbruikte en mishandelde cliënt zou plotseling, zonder dat ze zich dat bewust was, een trigger tot herbeleving kunnen zijn van de situatie van haar geliefde nichtje die geslagen werd, zonder dat ze er iets aan kon doen.

**Hoe kan het anders?**

De drie sleutels die Ruth’s ‘plaatsvervangende’ trauma’s veroorzaakten, zijn duidelijk. Allereerst haar manier van communicatie, vervolgens haar interacties met cliënten en tenslotte de wijze waarop persoonlijke trauma’s haar werk beïnvloedt. Deze drie onderwerpen zijn niet altijd bij iedere burn-out van een hulpverlener aanwezig, vaak is er altijd wel één relevant. Vervolgens is natuurlijk de vraag, hoe het anders kan. Zodra bekend is wat de bron van plaatsvervangende trauma’s bij traumadeskundigen en hulpverleners in crisissituaties en is, is het zaak recidieven te voorkomen. Om de emotionele impact van het verhaal van de cliënt te verminderen, leer ik hulpverleners hoe ze informatie moeten verwerken. Ik verzeker hen dat ze zich nog steeds sympathiek en verbonden kunnen opstellen zonder zich zelf te ‘injecteren’ met het verhaal. Begrip voor de situatie van de cliënt houdt niet in dat je alles zelf moet beleven. Soms, zoals in het geval van Ruth, kan het visualiseren van traumatische gebeurtenissen door een hulpverlener, de hulpverlener helemaal uit balans brengen.

Het is voor Ruth van groot belang om rustig naar de woorden van een cliënt te luisteren, zonder zich alles levendig voor te stellen. Ik stelde voor om op verschillende manieren met haar klanten om te gaan, soms alleen maar luisteren, soms op de ‘oude’ manier communiceren. Ze kon ook proberen zich beelden van verhalen van cliënten te vormen vanuit een ander perspectief dan van zichzelf, een perspectief dat ze beter kon verwerken. Ze kan zich verbeelden meer op een afstand te kijken hoe een cliënt haar situatie ervoer, zonder die situatie echt te visualiseren als iets wat haar zelf overkomt. Ze kan die traumatische scene op afstand, of via een filmscherm of zelfs een kleine zwart-wit televisie bekijken. Elke list die helpt om meer afstand te nemen van een traumatische scene zal de emotionele impact bij de hulpverlener verminderen. Het doel voor Ruth is meer controle te hebben over de informatie die ze ontvangt en verwerkt. Ruth en ik hebben ook aan de specifieke kenmerken van haar professionele interacties gewerkt. Wat ze fysiek deed om contact te maken met de cliënt, versterkte de emotionele opwinding bij zichzelf door de visualisaties en internalisaties van het verhaal van de cliënt. Door heel dicht bij de cliënt te zitten en haar mimiek en gebaren te spiegelen, voelde Ruth wat de cliënt voelde.

Het probleem is duidelijk: een wanhopige hulpverlener kan een wanhopige cliënt niet helpen. Echt hulp bieden vanuit een juiste betrokkenheid naar de cliënt kan de hulpverlener alleen doen vanuit een gevoel van rust en een zekere mate van onthechting. Als de cliënt dat niet kan, is het maar beter dat de hulpverlener het kan. Daarna hebben we een aantal praktische experimenten gedaan. Ik moedigde Ruth aan om haar lichamelijke gewaarwordingen en gezichtsuitdrukkingen in de gaten te houden. Ze moest oefenen hoe je zorg kunt communiceren zonder steeds in het gevoel van de cliënt te zitten. Ze kwam tot de conclusie dat ze wat verder weg wilde zitten. Ze plaatste de stoel van de cliënt aan de andere zijde van haar bureau, niet ernaast. Het bureau was een natuurlijke barrière die haar beschermde tegen de pijnlijke gevoelens van de cliënte. Ruth moest ook opletten wanneer ze de mimiek van de cliënt spiegelde. Om zich meer bewust te zijn van haar mimiek en haar emoties in het algemeen, stelde ik voor dat ze zo nu en dan tijdelijk een ‘mime-out’ moest nemen. Dit om emotioneel een stapje terug te doen en zichzelf af te vragen: ”Wat doe ik nu?” Op die momenten moest ze bewust iets anders doen, bijvoorbeeld haar stoel verschuiven, bewust ademen, dus even een contactverbreking met de emoties van de cliënt. Tot haar verbazing deed deze verandering geen afbreuk aan haar empathie van de cliënt en ervoer ze een mate van controle die meer behulpzaam was om de angstgevoelens van de cliënt te verminderen.

Ten slotte moest Ruth voor het eerst in haar carrière geconfronteerd worden met de slopende krachten en de verborgen impact die het misbruik van haar nicht had als ze een cliënt met dezelfde omstandigheden tegenkwam. Persoonlijke achtergronden hebben vaak een enorm grote invloed op de keuze van een carrière. Voor professionele hulpverleners is dit een enorm voordeel want het verbindt ons diep van binnen met wat we doen. Maar als we ons psychologische verleden niet kennen of niet bewust zijn, zullen we gevoelig blijven voor de impliciete triggering vanuit het verleden die niemand ten goede komt (zie ook artikelen in Promise over de Verbal Logical Explainer, juli en oktober 2009, red.). Op haar werk moest Ruth verschil maken tussen haar cliënt en haar nicht. Het onvermogen om haar nicht destijds te helpen is nu niet relevant bij haar cliënt. Ze ontdekte dat ze de ‘professionele hulpverlener’ in kon schakelen en zich kon herinneren dat ze niet meer een hulpeloos kind was, maar een bevoegde, behulpzame volwassen hulpverleenster, die met behoud van haar sympathie en empathie op een goede manier ‘onthecht’ was. Doordat ze nu geleerd heeft dat haar werk belemmerd werd door haar verleden, kon ze overgaan tot een andere benadering van haar werk. Tegelijkertijd, terwijl ze zich bewust was van die schaduwkant van haar leven, besloot Ruth zelf hulp te zoeken bij een therapeut zodat ze in haar persoonlijk leven dieper genezen werd. Dit zou vanzelfsprekend moeten zijn voor iemand in de positie van Ruth.

De -literatuur over trauma’s adviseert en informeert en stimuleert hulpverleners te zoeken naar coaching, intercollegiaal overleg, maar voor diegenen die lijden aan plaatsvervangende trauma’s zijn er nauwelijks mogelijkheden. Dat is een misser! Want er zullen ongetwijfeld vele hulpverleners getriggerd worden door gebeurtenissen in het verleden, waar ze zichzelf niet altijd van bewust zijn. Ruth is niet veel anders dan de meesten van ons die met getraumatiseerde cliënten werken. De empathie spreekt ons aan. Deze empathie kan een valkuil zijn als ze volop geprojecteerd wordt op onze eigen geest, ziel en lichaam. Als we niet het vermogen hebben enige afstand te nemen, zal ons vermogen om anderen te helpen, snel eroderen. Een zekere reserve naar cliënten maakt ons niet direct harteloos of koud. Verre van dat! De beste en meest oprechte hulp kunnen we geven als we volledig onszelf kunnen zijn met een goed doordacht, empathisch en probleemoplossend vermogen.

**Babette Rothschild,**M.S.W., L.C.S.W., heeft een eigen praktijk in Los Angeles en geeft wereldwijd professionele trainingen. Ze is de auteur van:

* The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment(Het lichaam herinnert het zich; de psychofysiologie van van trauma en trauma-behandeling),
* The Body Remembers Casebook: Unifying Methods and Models in the Treatment of Trauma and PTSD(Het lichaam herinnert het zich – werkboek; methoden en modellen voor de behandeling van trauma en PTSS), en
* Help for the Helper: The Mind and Body of Compassion Fatigue, Vicarious Trauma, and Burnout(Hulp voor de hulpverlener; Neurologische en lichamelijke aspecten van hulpverleners-moeheid, secundaire traumatisering en burn-out).

Postadres: P.O. Box 241783, Los Angeles, CA 90024, USA.  
E-mails aan de auteur kunnen verzonden worden aan: [**babette@trauma.cc**](mailto:babette@trauma.cc).  
Website adres: [**www.somatictraumatherapy.com**](http://www.somatictraumatherapy.com/).