

## **STUDIEDAG ITER 20JARIG BESTAAN BIJDRAGE GRETA BOLLE**

In voorbereiding op deze studiedag kreeg ik van ITER de vraag om hier vandaag een praktijkvertaal te brengen. Een praktijkverhaal met als invalshoek: hoe is het om met onze cliënten te praten over hun seksuele problemen, of bv. over 'verboden seksualiteit'. Is de relatie die je als hulpverlener hebt met een ITER-cliënt fundamenteel verschillend dan je relatie met andere cliënten?

### **DE VRAAG**

Elke begeleiding START met de vraag vanuit ITER of er 'plaats' is voor nieuwe cliënt. Voor de betrokkene in kwestie is er reeds een heel therapeutisch proces aan voorafgegaan, cliënten hebben reeds een heel traject afgelegd. maar die de draad van hun leven opnieuw willen opnemen maar dit niet alleen geklaard krijgen en daar een stuk begeleiding bij willen en kunnen gebruiken.

Voor de cliënt betekent dit vaak ook een belangrijke stap in hun groei. De therapie vindt plaats buiten ITER, is dus niet beladen met het stigma van de 'daderhulp'. Doorverwijzing betekent voor hen 'dat ze méér dan enkel een dader zijn'. Anderzijds is er voor hen de veiligheid ingebouwd dat ze weten dat er steeds overleg mogelijk is tussen mij en ITER waar ze al dan niet nog verder gevolgd worden. Sommigen gaan er naar een groep, anderen hebben nog individuele begeleiding.

### **WIE ZIJN DIE CLIENTEN?**

Tot nu toe heb ik zes cliënten van ITER begeleid. Als ik daar retrospectief op terug kijk dan kun je zeggen:

- daders
- uit ervaring weet ik dat het mensen zijn met een zwaar beladen voorgeschiedenis; meestal gaat het om zware verwaarlozing, emotioneel/fysisch en/of seksueel misbruik. Daar zitten mensen met een hechtingsproblematiek tussen. Of met een persoonlijkheidsproblematiek. Of met een verslavingsproblematiek (porno, prostitutie).
- Sommige cliënten dissociëren vanuit hun traumatische voorgeschiedenis. Ze hebben één of meer stukken van hun persoonlijkheid die afgesneden zijn en die het op bepaalde momenten 'overnemen' van de hoofdpersoonlijkheid. Als iemand iets overkomt dat onverdraaglijk is, maar dat niet vergeten kan worden; als het aangerichte

leed zo groot is en onbegrijpelijk dat het niet simpelweg verdrongen kan worden wordt die ervaring afgesplitst en gaat ze autonoom functioneren. Het is een manier om onverdraaglijke ervaringen in te dammen en te bevriezen. Er wordt als het ware een muur opgeworpen om te voorkomen dat ze de persoon zouden overweldigen zoals bij de eerste keer dat ze werden ondergaan.

Het gaat dus steeds om langdurige begeleidingen (6m-enkele jaren).

Om iemand in therapie te nemen hanteer ik maar weinig uitsluitingscriteria: hun IQ moet voldoende hoog zijn om therapie mogelijk te maken, ze mogen geen acute verslaafdheid hebben aan alcohol of aan drugs.

En dan komen ze bij mij terecht voor een **EERSTE GESPREK**  
Voor beide partijen betekent dit 'aftasten'. Het is altijd een beetje spannend. Wie is die man/vrouw die op mij beroep komt doen? Meestal weet ik maar zeer beknopt hoe de voorgeschiedenis van de cliënt eruit ziet. Welke strafbare feiten heeft hij begaan? Is er een veroordeling geweest door justitie? Gevangenisstraf? Voorwaarden opgelegd? Voordeel: je kan met onbevagen blik aan de therapie beginnen  
de cliënt kan net zoveel over zijn verleden vertellen als wenselijk geacht wordt binnen de therapie.  
Wie is die 'mevrouw'/dokter/seksuologe.?

Aan het eind van elk intakegesprek gaan de twee partijen een afweging maken. Als er voldoende contact is gemaakt als er een goed evenwicht is tussen gevoelens van hoop en angst zal de cliënt meestal bereid zijn in het proces te stappen. Want meestal hebben ze geen zin hun verhaal nog eens helemaal over te doen aan iemand anders.

Als HV laat ik op me inwerken welk gevoel de cliënt in me oproept (sympatiek/antipathiek; gecharmeerd/afgestoten) en vraag ik me af wat ik te bieden heb.

Als alles goed loopt wordt er een soort 'therapeutisch contract' aangegaan.

Er wordt een kader geschetst waarbinnen we zullen werken: afspraken om de hoeveel tijd? Hoelang zal de therapie lopen? Na hoeveel tijd zullen we ons werk samen evalueren? Wat kan de cliënt verwachten als hij niet opdaagt?

En samen met de cliënt stellen we een soort 'actieplan' op; we bepalen we waar we op zullen focussen binnen de therapie. Dat kan een bepaald

deelgebied zijn, bv. de partnerrelatie, of het kan ruimer zijn en dan word ik als het ware een soort levenscoach.

Soms wordt er 'onderhandeld'. Hoe wens ik genoemd te worden? Ik laat ze kiezen waar ze zich het meest comfortabel bij voelen. 'Dr. Bolle', 'Greta'. Ze noemen de hulpverleners van ITER ook bij hun voornaam.

## DE TWEE STOELLEN

Als een cliënt vanuit ITER wordt doorverwezen roept dit onmiddellijk een aantal gevoelens op. Ergens zit ik als hulpverlener steeds gevangen tussen twee posities:

- de behoeder van de samenleving
- de therapeut van de cliënt

Bij ITER-cliënten stel ik mij, zeker als ik ze nog niet goed ken, altijd de vraag: is de samenleving veilig voor deze cliënt? Is er recidivegevaar? Bestaat de kans dat deze persoon nieuwe feiten pleegt? En hoe kan ik dat weten? Meestal ebt dat gevoel weg naarmate ik iemand langer ken, maar een enkele keer ook niet. Het is een kwestie van een juist evenwicht te vinden tussen jezelf als 'controleur' en jezelf als 'therapeut'.

Als 'behoeder van de samenleving' ga ik ITERcliënten altijd contacteren als ze niet op hun afspraak zijn. Na 45 min te laat komen verstuur ik een SMS. Indien ze daar niet op reageren contacteer ik ITER.

bv. bep cliënt daagt niet op, reactie op SMS: 'moeder is opgenomen in ziekenhuis, ben vergeten u te verwittigen'. Hij mist opnieuw zijn volgende afspraak, ik voel me al wat 'ambetanter' worden. Opnieuw SMS. 'ik was het compleet vergeten, mijn hoofd staat er niet naar, het gaat alsmäär slechter met moeder'.

Bij mijn andere cliënten ga ik dit niet systematisch doen. Daar hangt het af van de inschatting van het moment.

Anderzijds is het mijn ervaring dat cliënten zich vaak erg rigoureuus aan hun afspraken houden (angst!, bv. angst voor het gerecht). ITER-cliënten zijn meestal erg stipte cliënten.

En het gebeurt dat mensen afhaken: vorige week kreeg ik een mailtje van een cliënt waarin hij schreef dat hij elke begeleiding stopte en dat hij vanaf nu zelf op zijn eigen benen ging staan. Mensen hebben dat recht, ook al vinden we dat jammer.

## RELATIE MET DE THERAPEUT

Als therapeut ga je met iemand op weg, met als bedoeling het vermogen van mensen om hun leven te veranderen aan te spreken, om een zinnvoller en waardevoller leven te activeren. Begeleiding van ITER-cliënten zijn nooit kortdurend. Het is dikwijls een lange en moeilijke weg met veel

hindernissen. De twee partijen moeten het dus zien zitten; er moet een positieve 'klik' zijn.

Een psychotherapeutische relatie is een zeer complex gegeven:

\* Belang van de basale therapeutische houdingen cfr. Rogers

- onvoorwaardelijke positieve aanvaarding

Acceptatie en begrip zijn essentieel wil men met de cliënt een betekenisvolle relatie opbouwen. Wat de cliënt ook vertelt over zijn gedrag, je moet hem in eerste instantie kunnen blijven zien als de 'gekwetste mens'. Altijd onderscheid blijven maken tussen de persoon en zijn gedrag. Het gedrag is soms verwerpelijk, de persoon nooit. Dat is niet altijd even gemakkelijk.

- empathie

Mensen hebben in eerste instantie nood aan een luisterend oor, aan iemand die erkenning geeft; zeker niet aan beoordeeld, laat staan veroordeeld worden. Dit helpt hen om zichzelf ook beter te accepteren.

- echtheid. Wees transparant en congruent. Zoek je eigen stijl als therapeut. Speel geen rol maar wees jezelf!

Alleen als die basishoudingen er zijn kan er sprake zijn van een diepgaande menselijke ontmoeting en kan er een positieve samenwerking tot stand komen.

\* Belang van het bieden van structuur

Je moet betrouwbaar zijn als therapeut.

- vaste afspraken waar je je zelf aan houdt, op tijd beginnen en eindigen van de consultatie, op tijd verwittigen als je met verlof gaat.

- ik neem nooit telefoon op tijdens een gesprek met een cliënt

- afspraken over hoe we contact houden met elkaar

- afspraken ivm evaluatiemomenten

- afspraken ivm contacten met derden (ITER)

\* Belang van het vinden van een goeie balans tussen afstand en nabijheid, letterlijk en figuurlijk. Plaats van de stoelen, tafeltje ertussen?

Het is belangrijk om je te laten raken door de pijn van de cliënt, maar je moet er je als therapeut voor hoeden om, in tegenstelling tot je cliënt niet verstrikt te geraken in je emoties. Hiertoe is het essentieel dat je in contact staat met je eigen gevoelens. Dat je je continu afvraagt: wat roept die persoon in mij op, wat brengt die cliënt in mij teweeg zodat je daar op een professionele manier op kan reageren. Je zit als HV als het ware de hele tijd waar te nemen, te voelen, te evalueren en je eigen reacties af te tasten en te onderzoeken. Het is niet altijd gemakkelijk om innerlijk rustig te reageren, zeker niet als de cliënt dingen vertelt die verontrustend zijn, of weerzinwekkend, of pure horror. Nota nemen van hetgeen je

schokt. Je moet letterlijk 'tegen een stootje kunnen' als therapeut; kunnen blijven dragen wat de cliënt ook brengt. En dan overwegen wat je doet... weten wanneer je iets moet zeggen, en hoé, en weten wanneer je je mond moet houden. Als HV ben je de hele tijd bezig met nadenken en met het nemen van beslissingen.

## VERTROUWENSRELATIE

Als alles goed loopt kan er vertrouwen groeien en kan je de cliënt een forum bieden om met zijn zorgen, bekommernissen en ervaringen terecht te kunnen. Een forum waar niet geoordeeld en beoordeeld wordt. En dan kan je ook je vaardigheden als therapeut gaan inzetten.

Wat doen we in de therapie? Een paar voorbeelden. Cliënt vertrouwt me toe dat hij 'hervallen is in zijn seksverslaving', dat hij op korte tijd 1300 euro daaraan uitgegeven heeft (geld dat hij niet heeft) en dat hij dit tot nu toe aan niemand verteld heeft. Het feit dat hij dit kon zeggen schiep voor hem de mogelijkheid om samen te zoeken hoe hij daar mee om kon gaan.

De therapie is dan een ruimte waar je samen op zoek gaat hoe de cliënt zich méér kan voelen dan enkel maar een slachtoffer van zijn eigen impulsen. Wat hij er innerlijk kan aan doen, welke actie hij kan ondernemen. Zo liet ik hem in trance een metafoor ontwikkelen van het aanbrenge van een dam naar de betaalde seks toe. Hij kwam met het beeld van een hoge muur. En we deden een oefening waarin hij in zijn spiegelbeeld de man zag die hij wél wou zijn. Dat was: een betrouwbare partner. Bij hem kwam daarbij het beeld op van twee tortelduiven. De sessie erop vertelde hij dat hij een afbeelding van twee duiven als screensaver op zijn PC had gezet. En enige sessies later kwam hij vertellen dat hij zijn seksverslaving weer onder controle had, 'dat de muur werkte'.

Of een andere cliënt vertelt hoe hij toch weer in het circuit van SM-seks is terechtgekomen. Hij had zich daar een tijd tegen verzet, maar had uiteindelijk toch weer toegegeven. Hij ervaart dat als enorm stressreducerend omdat het tegemoet komt aan zijn behoefte aan straf (die hij heeft omwille van het feit dat hij de dochter van een vriend aangerand heeft) . We gebruikten het gesprek om na te gaan welke grenzen hij hier stelt, zowel qua frequentie als qua handelingen die gesteld worden. Het gaat immers om iemand die als kind zwaar gemarteld en seksueel misbruikt is en het zal duidelijk zijn dat er gemakkelijk sprake kan zijn van hertraumatisering.

## DE THERAPEUT ALS CORRIGERENDE OUDERFIGUUR

De cliënt verwacht van de HV dat die zich meelevend en betrokken toont. Maar al gauw komen daar verwachtingen bij die beide partijen ten opzichte van mekaar koesteren en die vloeien voort uit onze vroegere levenservaringen. Iedereen heeft een emotioneel repertoire waarin we al eens een rol hebben gespeeld. En we hebben de neiging de nieuwe situatie te beschouwen als een imitatie van een situatie waarin we ons al eens eerder hebben bevonden. Dat noemen we 'overdracht'. Het is belangrijk dat je als therapeut bewust bent van de overdracht die sowieso opduikt in de relatie met de cliënt.

Bij begeleiding van cliënten van ITER merk ik dat je vaak gaat functioneren als de goede, zorgende ouder die ze vaak gemist hebben.

Soms gebeurt dat soms heel expliciet  
vb. onlangs had ik een cliënt die vroeg nadat hij verteld had hoe hij hervallen was in zijn seksverslaving... hij zei letterlijk 'ge zult de vraag misschien ongepast vinden maar, stel dat jouw zoon hier zou zitten en hij vertelt hetzelfde wat zou je hem dan zeggen?'... in zijn vraag zat heel impliciet de boodschap vervat: 'hoe zou iemand reageren die me onvoorwaardelijk graag ziet'... (mijn antwoord was.... ik heb hem hoop gegeven... hij was er al eens in geslaagd om gedurende 6 maand zijn verslaving te beheersen, ik had er alle vertrouwen in dat hij dit opnieuw zou kunnen temeer omdat hij er al sinds één week mee begonnen was)  
En daarmee komen we op een kern ... je moet erin slagen om je cliënten graag te gaan zien naarmate je hen langer kent. Als dat niet het geval is zullen ze nooit kunnen groeien in de therapie.

Geloof in de mogelijkheden van je cliënt.

Hoop samen met hem dat er een betere toekomst mogelijk is dan wat ze nu ervaren.

En zie ze graag!

## MANIPULATIE

Pas op voor manipulatie!. Zoals kinderen de grenzen van hun ouders testen zo testen ook cliënten de therapeut. Ook dat kan verschillende vormen aannemen:

- Hulpeloosheid: sommige cliënten presenteren zich als hulpeloos. Ze willen dat er voor hen wordt gezorgd en wekken in jou het verlangen om hun penibele situatie te helpen oplossen. Pas op voor de valkuil van het overnemen van de regie van de patiënt. Vaak gaan cliënten vragen: 'zeg mij wat moet ik doen?'. Geen KO transactie, wel VV transactie. Cliënt moet regisseur blijven van zijn eigen leven, hij blijft verantwoordelijk

voor zijn eigen gedrag. Het kan zinvoller zijn om met de cliënt uit te zoeken waarom hij zich steeds weer in nesten werkt. En pas op voor je eigen 'Reddersfantasieën'.

- Liegen. Het gaat om mensen die strafbare feiten gepleegd hebben en die dus een zekere expertise hebben in het verbergen, in het minimaliseren of rationaliseren van hun daden.

Als cliënten liegen is dat heel vervelend. Soms heb je een leugen niet door en ga je mee in het verhaal van de cliënt. Als dat dan toch uitkomt ga je je boos voelen, en afgewezen en in de zak gezet. Enerzijds is het belangrijk om het liegen door te hebben, maar je mag er je niet persoonlijk door beledigd of bedrogen voelen zoals bv in een vriendschapsrelatie gebeurt als iemand tegen je liegt. Veel belangrijker is je af te vragen waarom iemand liegt, wat die ermee wil bereiken.

Anderzijds creëert liegen tegen jou achterdocht en de neiging om de cliënt af te wijzen. Je blijft dan als HV gespitst op de mogelijkheid dat er nog leugens zullen volgen of dat de cliënt dingen voor jou verborgen houdt. Leugens scheppen dus wantrouwen tussen cliënt en HV.

Ik heb een tijd een ITER-koppel begeleid, een gewelddadige, dominerende man en een zeer onderdanige vrouw die totaal verstrikt zaten in een web van al dat niet vermeende leugens. Hij gaf voortdurend aan dat zij loog tegen hem, en zij ontkende dat in alle toonaarden. Op een bepaald moment vertelde zij mij, in een individueel gesprek dat ze praktisch altijd fakete dat ze klaarkwam als ze seks had met hem. Ze maakte mij dus deelgenoot van haar leugen. Automatisch kom je daarmee 'in haar kamp' terecht. Vraag is dan wat je daar mee doet als therapeut. Zwijg je? Moedig je haar aan om de waarheid te vertellen? Exploreer je het waarom, ga je zoeken wat de functie is van die leugens binnen de relatie?

- Provoceren: de stoere, botte vent uithangen... bv. door ongezouten, brutaal taalgebruik. bv. de cliënt gaat de pikante lingerie beschrijven die hij kocht voor zijn partner en die ze niet wou dragen. Of de seksuele posities die hij wou aannemen met haar en die ze niet wou. En die mij dan vraagt: 'ken je "de ladder"? Ik voel dan al onmiddellijk 'hola, dat is eigenlijk ongepast', die vraag is in het kader van de therapie niet relevant. Ze willen dan eigenlijk checken hoe ver ze kunnen gaan. Mensen die misbruikt zijn hebben per definitie niet op een gezonde manier met grenzen leren omgaan. Je kan daar als therapeut een belangrijke corrigerende functie bij hebben.

Dat betekent in eerste instantie een goed contact blijven voelen met je eigen grenzen, ze observeren en van daaruit reageren. Soms maak ik er

mij met een kwinkslag van af, ik denk dat het belangrijk is de bal steeds terug te spelen in het kamp van de cliënt.

- Het kan ook gebeuren dat je je als HV gehaat voelt door je cliënt. Je kan als HV immers niet altijd de verschrikkingen van het verleden goed maken. Zo kan het gebeuren dat de haat van een cliënt naar een van zijn ouders toe overvloeit in een haat voor jou waardoor je als HV gereduceerd wordt tot een verachtelijke boksbal. Of jou als HV niet deskundig vindt. Zo heb ik een koppel in therapie gehad waarvan de man enorm boos op mij werd omdat hij vond dat ik haar meer geloofde dan hem. Waardoor de cliënt dreigt met stoppen van de therapie, wat hij uiteindelijk ook gedaan heeft. Als HV word je op zo'n moment geconfronteerd met je onmacht.

- Erotiseren van de relatie

Cliënten zijn meestal mannen. Ze zien hun HV niet alleen als deskundige -als psycholoog of als arts- maar ook als man of vrouw.

Ik hou consultatie in mijn eigen huis. Op de tweede verdieping. Op de verdieping waar ook onze slaapkamer is. Ik ben me daar goed bewust van. Ik vermoed dat dit bij sommige cliënten ook bepaalde associaties kan oproepen.

Sommige cliënten proberen te flirten. Zo kunnen erotische spelletjes een manier zijn om andere gevoelens in relaties met vrouwen te vermijden, zoals gevoelens van kwetsbaarheid, of van afhankelijkheid, of van verstikt worden.

En vice versa. Er zit altijd ook een man of een vrouw voor jou als HV. Als dat zo is is het belangrijk dat je die gevoelens bij jezelf toestaat, zodat je ze niet moet gaan onderdrukken, ontkennen of uit je bewustzijn bannen. Want dat maakt de kans groter dat ongewilde seksualiteit een rol gaat spelen binnen de therapie. We kennen allemaal de schrijnende gevallen van therapeuten die binnen de setting van hun werk seksuele contacten aangaan met hun cliënt. Dat gevaar wordt kleiner als je ongecensureerd en zonder angst kunt nadenken over die erotische gevoelens. En blijf er dan niet alleen mee zitten maar ga in supervisie.

## PRATEN OVER SEKSUALITEIT

Praten over seks is geen evidentie. Seks is per definitie een intiem onderwerp. En bij ITER-clieñten gaat het daarbij vaak om mensen die hun seksualiteit op een afwijkende manier beleven. Mannen die naar



kinderporno kijken. Mannen met veelvuldig prostitutiebezoek. Je komt als HV in een spanningsveld terecht want wat de cliënt vertelt roept in mij, als HV emoties op. Nieuwsgierigheid... afkeer... Bij seks gaat het nooit om neutrale materie.

Dan komt het thema 'afstand' en 'nabijheid' weer centraal staan. Je moet voldoende dicht bij je cliënt staan om over seks te durven praten (ik hoor nog heel vaak: ik ben jaren in therapie geweest maar over seks is nooit gepraat.) Van de andere kant kan je je pet opzetten van arts/seksuoloog, deskundige, specialist... dit helpt om 'afstand' te bewaren; om op een 'neutrale' manier over gevoelige thema's te praten,

Belangrijk vind ik ook om niet familiair te worden met cliënten; bv. geen zaken uit mijn privéleven te vertellen. Ik ga hier bv extra oppassen, vaak nog meer dan tav andere cliënten.

\* Sommige cliënten zijn ONGEREMD, vertellen gore details, hanteren ruw taalgebruik. De man die over zijn vrouw zegt: 'ze komt me bepotelen'.

\* Sommige cliënten zijn OVERGEREMD. Niet er alles uitpeuteren! Maar aanmoedigen, of zelf zaken onder woorden brengen zodat je hen ahw een nieuwe taal aanreikt. Zo heb ik een ITER-cliënt begeleid met een vicerale afkeer voor seks; die man had een echte fobie. Een man die geen normale ontwikkeling van zijn puberteit had gekend: geen masturbatie, geen vriendinnetjes. Een man waarbij zijn erecties totaal verkeerd geconditioneerd waren geraakt. In de loop van de jaren therapie werd hij verliefd op een vrouw. We hebben daar samen een heel traject afgelegd. Die man had duidelijk veel nood aan sekseducatie. Hij moest bij manier van spreken nog leren om een vrouw te durven kussen... We hebben daar in de therapie met hele kleine stapjes aan gewerkt. Een kus leren geven aan de partner. Samen gekleed op bed liggen. Samen douchen. Samen naakt in bed liggen. Geslachtsorganen aanraken. Telkens met de kleinst mogelijke sapjes vooruit.

\* Bij het praten over seksualiteit gebeurt het vaak dat je geconfronteerd wordt met andere waarden en normen dan die van jezelf. Een man zegt bv. 'ik wil seks met mijn vrouw en een andere gast erbij want dat windt haar op'.. terwijl de vrouw aangeeft dat ze dat niet wil. Of een vrouw zegt: 'ik ben vroeger misbruikt maar nu pak ik ze terug, de mannen. Ik maak ze zot. Ik bepaal wat en hoe...' Je moet dan goed het onderscheid kunnen blijven maken tussen wat je daar zelf over denkt en voelt en wat bij je cliënt ligt.

## OVERLEG

Een continu aandachtspunt blijft ook overleg met ITER op momenten waar dit van belang is voor de cliënt. Uiteraard steeds in samenspraak met en met toestemming van de cliënt, en dit in de twee richtingen.

- cliënt geeft aan stilaan door zijn voorraad medicatie (antidepressiva, voorgeschreven door de psychiater op ITER) te geraken. Hij durft de huisarts, die van zijn thematiek niet op de hoogte is daar niet over aan te spreken. De medewerkster van ITER contacteert me met de vraag of het een goed idee zou zijn zelf de huisarts te contacteren. Dit geeft mij de kans om dit thema met de cliënt opnieuw op te nemen. Iter heeft de HA gebeld, zelf heeft de cliënt een afspraak gemaakt, alles verteld... hij kan met zijn gevoelens van schaamte bij mij terecht. (hij was de eerste kindermisbruiker die die HA in zijn praktijk tegenkwam). Maar hij is tevens ook opgelucht dat hij nu verder voor zijn medicatievoorschrift bij hem terecht kan. Op die manier vormen we in overleg een soort 'beschermend netwerk' rond de cliënt.

- Bij diezelfde cliënt was er overleg met ITER ivm de vraag of we die man zouden doorverwijzen naar een gespecialiseerd psychiater ivm libidoremmende medicatie. Na doorspreken van die optie, de pro's en de contra's, met de cliënt weigerde hij dit. Dit werd terug gecommuniceerd naar ITER.

De communicatie is een soort 'open lijn'. Wij ervaren dat dit gemakkelijkst gaat per email (uiteraard anoniem, we gebruiken enkel initialen), of soms per telefoon als meer diepgaand overleg vereist is. Mijn ervaring is dat de communicatie met ITER supergoed verloopt.

## NEDERIGHEID

Als HV zit je soms met je handen in het haar! Van de ene kant hebben we het gezag, de kennis en de overtuiging dat we mensen kunnen helpen. Soms kunnen we door middel van onze deskundigheid en onze ervaring aanzienlijke hulp bieden.

Maar laten we vooral nederig blijven. Soms moeten we ons realiseren dat ons begrip toch maar beperkt is; dat het soms letterlijk 'onvoorstelbaar' is wat onze cliënten hebben meegemaakt. Soms slaan we de bal volledig mis en oordelen we verkeerd.

Als HV moeten we allemaal met die ambivalentie en met een grote factor onzekerheid leren omgaan. En met onze onmacht, die inherent is aan elke menselijke relatie. Sommige therapieën mislukken. Soms blijf ik zitten met het gevoel dat ik niet veel voor iemand heb kunnen betekenen. Laat dit geen barrière vormen om cliënten van ITER mee te gaan begeleiden. Iedereen verdient een tweede kans.

Tenslotte:

**PAS OP VOOR BURN-OUT**

zodat je geboeid kan blijven door je werk

zodat je open kan blijven staan voor nieuwe evoluties in je vakgebied

en dat je je met inzet en enthousiasme kan blijven engageren voor je cliënten.

**ZORG GOED VOOR JEZELF**

mijn persoonlijk recept...