

Het team: slangenkuil of energiebron?

Roelof Wolters is werkzaam als hoofdopleider psychotherapie bij het SPON te Nijmegen, als klinisch psycholoog/psychotherapeut bij de Gelderse Roos en deels in eigen bedrijf.

Ieder teamlid kent het gevoel dat het werken binnen een team doodvermoeiend kan zijn, maar ook dat het team enorm van steun kan zijn en energie kan geven. In dit artikel¹ staan we eerst stil bij wat teams zo vermoeiend kan maken voor zijn leden en daarna hoe teams energie kunnen opwekken.

De volgende onderwerpen zullen achtereenvolgens behandeld worden: teams die pathologisch functioneren; parallelprocessen tussen team en patiënten, tussen leiding en team, tussen organisatie en afdeling; de kenmerken van een taakvolwassen, professioneel team. Een en ander zal geïllustreerd worden met voorbeelden uit de forensisch psychiatrische behandelsetting.

Teams die pathologisch functioneren

In de literatuur (Janzing en Kerstens, 2005; Klomp, 2002) worden een drietal pathologische teams omschreven:

- het afhankelijke team
- het gesloten team
- het los-zand team.

Hoe in een behandelteam wordt samengewerkt, is van groot belang voor het therapeutisch klimaat op een afdeling. Een team ontmoet allerlei problemen op weg naar een doel. De grootste struikelblokken in een goed onderling functioneren liggen in de communicatiekanalen en in wat er wel en wat er niet wordt gezegd. Verstopte of gedeeltelijk verstopte communicatiekanalen leiden tot misverstanden.

Tegenstrijdige houdingen of blokvorming tegenover patiënten zijn het gevolg. Zij

kunnen zieke gedragspatronen van patiënten in stand houden. De voorbeelden van de sociologen Stanton en Schwarz reeds in 1954 zijn hier een duidelijke illustratie van. Zij beschrijven hoe conflicten op teamniveau het aantal crises bij de patiënten sterk beïnvloedden (Stanton & Schwarz, 1954).

Het afhankelijke team

In een afhankelijk team is er één de baas. Zijn wil is wet. De overige teamleden doen hun best om hem te gehoorzamen. Er wordt om zijn gunst gestreden. In de teambesprekingen houden de teamleden rekening met hem. Als een teamlid iets zegt, houdt hij vanuit zijn ooghoeken de reactie van de leider in de gaten. Overwegingen als ‘Zeg ik het goed?’ en ‘Hoe zal hij er over denken?’ spelen een belangrijke rol. Er is

¹ Dit artikel is een bewerking van een lezing gehouden in Bedburg Hau, mei 2002.

een onuitgesproken angst, namelijk de angst voor verlies van de gunst van de leider. In het werken met groepen patiënten heeft deze sfeer consequenties. Er zijn teamleden die een ‘dubbel leven’ gaan leiden. Enerzijds gaan zij hun eigen gang in de contacten met patiënten. Anderzijds passen zij zich aan in de teambesprekingen aan wat zij denken dat de leider goed vindt. Ook zijn er teamleden die verkrampt raken in hun contacten met patiënten. Zij zijn immers steeds bang dat zij niet doen wat de leider wil. In zo’n team heerst een gespannen sfeer. Van een duidelijke en eenduidige houding tegenover de patiënten is geen sprake. De patiënten zien een verkrampt team tegenover zich, dat aan de regels vasthoudt zonder rekening te houden met hun gevoelens. Overleg tussen de teamleden en de groep patiënten levert weinig duidelijkheid op. Het eindresultaat van dit alles is een sfeer van apathie en van angstig afwachten. Autonomie is strijdig met het afhankelijk zijn van de leider. De patiënten krijgen in zo’n situatie weinig ruimte om te leren hun eigen problemen op te lossen, meer autonomie te verwerven. De situatie in een afhankelijk team is nog verwarrender als het team afhankelijk is van een informele leider binnen het team en niet van de formele teamleider. De formele leider kan dan alleen leiding geven binnen de impliciete kaders van de informele leider. Er kan ook sprake zijn van een jong en onervaren team dat leiderschap nog erg nodig heeft. Als de leider te sterk ingaat op de afhankelijkheidswensen van een dergelijk team, dan blijft dit team afhankelijk en

zal dit team niet groeien naar een taakvolwassen team.

Een voorbeeld uit het forensisch circuit (Van den Berg, 2001):

Een nog jong behandelteam werd voortdurend door de patiënten voor de gek gehouden. De patiënten vervalsten urinecontroles, zeiden een afspraak te hebben gemaakt met een teamlid dat net zijn dienst erop had zitten, gingen niet koken terwijl het wel hun beurt was, etc. De sociotherapeuten reageerden eerst individueel door erg hun best te doen: ze motiveerden de groep tot koken door zelf het goede voorbeeld te geven, brachten kopjes koffie rond, spraken in tweegesprekken hun vertrouwen uit. De unitmanager (een sociotherapeut) ging op in het dagelijks gewoel en dichtte in zijn eentje zoveel mogelijk alle gaten in de coördinatie van het team en in de regelgeving voor de bewoners. De behandelcoördinator, een psychotherapeut, kwam aan verdieping in het team en in de groep niet toe. Hij ging zich steeds meer met de dagelijkse gang van zaken bemoeien. Zo liep iedereen van het behandelteam zich op ineffectieve wijze het vuur uit de sloffen. Er kwam steeds meer kritiek op het management van de kliniek, dat niet zorgde voor duidelijke regelgeving en een duidelijk behandelprogramma. Volgens het behandelteam werden te moeilijke patiënten opgenomen. Pas toen het team zijn verantwoordelijkheid nam en er langzamerhand structuur in het teamfunctioneren kwam, kreeg het behandelteam grip op de gang van zaken. Problemen van de bewoners

werden alleen nog in de leefgroep besproken, er werden geen individuele afspraken meer met bewoners gemaakt en programmaonderdelen konden niet beginnen voordat de groep compleet was.

Het gesloten team

Een gesloten team heeft een sterk wijgevoel. Op zichzelf is daar niets verkeerd aan, maar te veel afgrenzing naar buiten heeft ernstige nadelen. Onderlinge betrokkenheid kan het teamfunctioneren ten goede komen. Betrokkenheid en saamhorigheid kunnen echter zo sterk zijn, dat er een repressief klimaat ontstaat waarin andersdenkenden onder druk gezet worden om zich aan te passen aan de groepsstandpunten. De mensen in zo'n team gaan veel met elkaar om. Er is intens contact, vaak ook in de privé-sfeer. Men voelt zich lekker bij elkaar. Veel teamleden laten zich positief uit over hun werk: 'Nog nooit had ik het zo goed, als in dit team.' Er is een cultuur in het team van zich goed voelen en op de borst kloppen. De communicatie onderling wordt daardoor sterk gekleurd. Alleen die dingen worden gezegd en gehoord die dat wijgevoel in stand houden. Zo'n team wordt ook wel eens een 'hier is niets aan de hand team' genoemd. Eigen zwakheden benoemen zal een dergelijk team niet gemakkelijk doen. Dit teamklimaat zien we nogal eens in een hecht team dat al vele jaren bij elkaar is en waar de teamleden elkaar door en door kennen. Ze laten zich in hun werk leiden door vanzelfsprekendheden: 'Zo doen we het al jaren.' Inmenging van buiten houdt men af. Nieuwkomers binnen het

team wordt te verstaan gegeven dat ze eerst maar eens langdurig mee moeten meedraaien voordat ze kritische vragen gaan stellen.

Wat is er eigenlijk aan de hand in een gesloten team? Men is bang dat het team uit elkaar valt. De onderlinge conflicten worden niet of slechts half doorgewerkt. De vijand wordt steeds buiten de deur gezocht: de directie, de maatschappij en de patiënten. Van de patiënten worden alleen die zaken gehoord die de teamsamenhang niet ondermijnen. Zaken die wel een dreiging inhouden worden afgedaan met: 'Dat doet niet ter zake' of 'Dat is alleen maar ageren tegen....' In een gesloten team ontbreekt de ruimte om meningsverschillen, conflictpunten en tegenstrijdigheden te onderkennen. 'Wij hebben geen meningsverschillen, alles loopt op rolletjes.'

Wat heeft dit voor gevolgen voor de houding tegenover de patiënten? De patiënten moeten zich aanpassen aan de werkwijze van het team. Dreigt er een conflictsituatie, dan is de patiënt al gauw de schuldige. Er wordt al snel gedacht aan overplaatsing. Als argument voert men aan: 'Die past niet in onze groep.' Door het gebrek aan ruimte om meningsverschillen en conflicten door te werken, kunnen de patiënten in een zeer benarde positie terecht komen. Zij vluchten dan in uitageren, psychotisch worden of zelfs suïcide, op dat moment de enige uitweg uit het harnas van de zogenaamde vriendelijkheid.

Zolang een teamlid niet kritisch is over het functioneren van het team, geen afwijkende mening heeft binnen het team, dan

zal hij geen grote problemen hebben met het team. Als dat wel het geval is, dan is de kans groot dat het desbetreffende teamlid tot zondebok wordt. Vernieuwing, creativiteit en kritiek worden als bedreigend gezien. Als er druk van buitenaf is om te veranderen, dan zal een gesloten team de rijen sluiten en zal in onderlinge gesprekken de buitenwacht als vijand worden gezien.

Als er geen bedreigingen zijn voor het voortbestaan van het team of van de teamcultuur, dan zal het er redelijk goed toeven zijn en zullen de meeste teamleden zonder al te veel moeite meedoen in het handhaven van de status quo. Bedreigingen treden echter op bij iedere verandering in de samenstelling van het team, van de leiding, of in de totale organisatie. De angst zal snel oplopen en vijandbeelden worden opgepoetst. Veranderingen worden als achteruitgang betiteld en iedere pauze of moment dat men onderling kan uitwisselen wordt gebruikt om telkens opnieuw vast te stellen hoe achterlijk de buitenwacht bezig is. Het zal duidelijk zijn dat een dergelijk gebruik van de pauzes dodelijk vermoeiend is voor de medewerkers en dat alle aandacht die door deze teambedreigingen worden opgeslokt ten koste van de patiënten gaat.

Het los-zand team

Het kenmerkende van een los-zand team is, dat men lak heeft aan afspraken en aan organisatie of dat er te weinig afspraken en organisatie aanwezig zijn. Ieder doet zo'n beetje wat hem goed dunk. De gedragscode die

binnen het team lijkt te overheersen is 'als jij mij met rust laat dan laat ik jou met rust.' De formeel aangestelde leider neemt vaak volstrekt onvoldoende de leiding. De teamsprekingen verlopen rommelig. Over het te voeren beleid worden helemaal geen beslissingen genomen. Ieder gaat volgens zijn eigen inzichten om met de patiëntengroep. Afspraken over uur en tijd zijn er niet. De patiënten mogen alles zelf bepalen. Er is een rommelige sfeer. Buitenstaanders vinden het een ongeregelde bende op zo'n afdeling. De onderlinge contacten zijn oppervlakkig. De teamleden werken routinematig, er is weinig gezamenlijkheid en vaak een hoog ziekteverzuim. Er is een sausje van 'iedereen moet zichzelf kunnen zijn' over het geheel gegoten. Moeilijkheden worden als ad hoc problemen gezien en worden ook als zodanig opgelost.

Door de onbegrensde ruimte en door het gebrek aan organisatie en lijn in het werk komen de patiënten niet aan het oplossen van hun problemen toe. Ze moeten het zelf maar uitzoeken. Er is geen enkele druk. Er zijn nauwelijks leerervaringen waarmee de patiënten iets kunnen doen en waardoor ze kunnen groeien. Te veel onbegrensde ruimte is eigenlijk geen ruimte.

Soms is er sprake van het ontkennen van en het zich verzetten tegen leiderschap in deze teams, wat te maken kan hebben met ernstige autoriteitsproblemen van diverse teamleden.

Er zijn nog meer varianten van teampathologie aan te geven, maar deze drie extreme varianten zijn in mengvormen overal terug

te vinden. De hiervoor genoemde vormen kunnen in de levensloop van een team elkaar ook afwisselen. Na bijvoorbeeld eerst leiderafhankelijk gefunctioneerd te hebben, volgt een periode van 'alles oké bij ons' (het gesloten team). Vervolgens vertrekt er een aantal teamleden en blijft er een los-zand team over; er is geen beleid en ieder werkt voor zichzelf.

Het is belangrijk dit soort teamprocessen tijdig te herkennen. Een team moet weten hoe het onderling functioneert, hoe communicatiekanalen geblokkeerd en vervormd raken. Dit is geen gemakkelijke opgave. Dikwijls kan het team dit niet alleen af. Intervisiebijeenkomsten zijn een methode om dit te bewaken. Soms is het advies van een buitenstaander nodig, vooral wanneer het team verstrikt raakt in zijn eigen blinde vlekken.

Parallelprocessen

Het parallelproces werkt naar twee kanten. Dat wat zich tussen de patiënten afspeelt, heeft zijn weerslag in het behandelteam en vice versa. Dergelijke parallelprocessen vinden ook plaats tussen bijvoorbeeld leiding en team of tussen afdeling en de rest van de organisatie.

De pathologie van de patiënten heeft zijn weerslag op het behandelteam en zijn leiding.

In de forensische psychiatrie lijkt de kans groot om obsessieve, paranoïde en narcistische trekken terug te vinden bij leiding en team.

De forensische patiëntengroep lokt een

strijd om de controle uit: zij zijn als de dood in een onmachtige positie terecht te komen. Als reactie daarop kunnen de teamleider en het behandelteam gemakkelijk vervallen in controlerend, obsessief gedrag. Daarnaast wisselt de patiëntengroep vijandigheid af met projectie van vijandigheid op de behandelaars of het instituut. In zo'n sfeer kunnen teamleider en behandelteam gemakkelijk afglijden tot een paranoïde positie, waar zij de vijandelijkheid vooral bij de ander veronderstellen. Meloy (1992) veronderstelt bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis veelal narcistische problematiek, omdat het zelfgevoel onvoldoende gerijpt is. De rigide, gebruikmakende persoonlijkheid heeft de ander nodig om zijn eigen fragiele zelfgevoel op te poetsen. Deze exploitierende omgangsvorm kan ook het behandelteam in hoge mate beïnvloeden, zeker als deze zich al door ontwikkelingen in de organisatie en de buitenwereld bedreigd voelt en daardoor onzeker.

Als behalve in de patiëntengroep ook in het behandelteam obsessieve, paranoïde en narcistische trekken terug te vinden zijn, dan is de conclusie snel getrokken dat deze elkaar zullen versterken met alle gevolgen van dien. Bij tachtig procent van de forensische patiënten is er sprake van persoonlijkheidsstoornissen.

De invloed van de persoonlijkheidsstoornissen op de interactie tussen patiënten en groepsvorming is groot. De patiënten gaan met elkaar om vanuit een rigide en fragiel zelfbeeld gevuld met talloze vijandbeelden. Gevoelens van onrust en agressie zijn hoog.

Onderling moeten de patiënten heftige gevoelens van haat, afgunst en overlevingsangst kunnen reguleren. In de patiëntengroep zijn de primitieve afweermechanismen dan ook sterk vertegenwoordigd. De regressie in de groep is hoog, het hangen in de huiskamer en het gebruik van softdrugs komen in de klinische setting veel voor. De destructieve processen in de groep floreren. Patiënten projecteren hun haatgevoelens op anderen, waardoor er voortdurend een sfeer van wantrouwen is. Zo moeten ze strakke codes over het elkaar niet ‘verlinken’ afspreken om de groep niet uit elkaar te laten vallen. Ze brengen een duidelijke hiërarchie in de groep aan volgens de lijnen van goed en slecht, machtig en zwak, voor en tegen. Een enigszins gedifferentieerd beeld van elkaar, bijvoorbeeld dat een groepslid het op een aantal gebieden eens is met de groep maar op andere terreinen een afwijkende mening heeft, is niet goed mogelijk en roept te veel onrust op. Eigen woede reageren ze af via *acting out* gedrag zoals vernielingen, om de woede maar niet te hoeven voelen. Groepsvorming met enige diepgang werken ze tegen, omdat de een-op-eenrelatie overzichtelijker is. Hierdoor ontstaan er veel bondjes op een afdeling.

Verstoorders van afdelingscodes worden er door uitstotingsprocessen uitgewerkt, wat tot suïcide(pogingen) of weglopen kan leiden. Het denken van de patiënten wordt bepaald door moeilijk te veranderen veronderstellingen zoals ‘ik moet de agressor zijn want anders pakt hij mij.’

Op een afdeling van de kliniek woonden zeven patiënten met elkaar in een leef-

groep. In de groep ging ieder zoveel mogelijk zijn eigen gang. Er was duidelijk een bewoner die de groep onder ‘regie’ had. De communicatie onderling was oppervlakkig en de behandelaars hadden sterk de indruk dat veel van wat zich in de groep afspeelde niet voor hen bestemd was. Via een achteloos in een vuilniscontainer weggegooide portemonnee kwam het behandelteam erachter dat een bewoner zich tijdens zijn verlof bezighield met inbraken of straatroof. De groep ‘dekte’ hem door te zwijgen en het behandelteam af te leiden, zodat de communicatie in de groep wel oppervlakkig moest blijven. De groepsleden meenden dat als je een groepsgeenoot dekt, deze jou zal dekken als jijzelf iets strafbaars doet (Van den Berg, 2001).

De persoonlijkheidsstoornissen, de groepsvorming en de communicatiepatronen van patiënten hebben groot effect op de behandelaars. Als een behandelaar voor zijn zelfwaardering te veel afhankelijk is van zijn beroepsmatig functioneren, wordt hij een speelbal voor de patiënten. Hij zal gebruikt worden als goede behandelaar als het hun uitkomt en in andere gevallen afgedankt worden. Hij zal woede en onmacht voelen, die hij op zijn beurt weer kwijt kan door beperkende sadistische sancties aan patiënten op te leggen, zoals zonder overleg met zijn team vrijheden van de patiënten af te nemen, zoals verlof in het weekend. Hij kan inadequate agressie aanmoedigen door mee te doen met het tot een zondebok maken van een patiënt, of door elkaar misbruikend gedrag tussen patiënten niet af te

stoppen. Hij kan adequate agressie ontmoeden door reële kritiek op het functioneren van een behandelaar af te doen als onderuithalend gedrag. Een dergelijke handelswijze komt voor als de behandelaar zijn eigen agressie moeilijk kan hanteren en deze via de patiënten uitleeft.

Een tegengestelde maar even inadequate reactie bestaat eruit de destructie in de groep patiënten te negeren en de groep te idealiseren: 'als we maar veel empathie tonen, wordt hun zelfwaardering groter en zal het een goede groep worden.' Deze problemen, die elke behandelaar tot op zekere hoogte meeneemt uit eerdere groepservaringen, bijvoorbeeld zijn gezin van herkomst, hebben een weerslag op het functioneren van het behandelteam. Het behandelteam kan ook zijn toevlucht nemen tot het aangaan van bondjes, het zich afhankelijk maken van een leider, het splitsen van goede en slechte teamleden, het projecteren van de agressie naar buiten het team en externaliseren van eigen onvrede en onmacht. Het behandelteam wordt regelmatig uitgedaagd, buitengesloten en onmachtig, angstig of woedend gemaakt. Het is een hele opgave om al die gevoelens gezamenlijk te verdragen en op zoek te gaan naar het eigen creatieve behandelpotentieel in plaats van over te gaan tot niet-therapeutische acties. De mogelijkheid daartoe hangt in grote mate af van de mate waarin de identiteit en het zelfgevoel van het behandelteam zijn ontwikkeld. Het behandelteam dient realistische en concrete doelen te stellen, als team te blijven opereren en zich niet te laten mee-

sleuren door negativisme (Van den Berg, 2001).

Dat parallelprocessen zich ook tussen een team en het management kunnen voordoen wordt in de volgende casus duidelijk. *Binnen een groot psychiatrisch ziekenhuis maakte de directie kennis met het fenomeen van de zelfsturende teams. Dit leek hun een aantrekkelijk concept. De keus om de organisatie platter te maken en te kiezen voor leidinggevendende die meerdere afdelingen aansturen was reeds ingezet. Teams die zich zelf aansturen zouden het de leidinggevendende alleen maar gemakkelijker maken. Het concept van zelfsturende teams werd zo van de ene op de andere dag ingevoerd. Wel werd op papier informatie naar leidinggevendende en teams verstuurd over wat men moest verstaan onder zelfsturende teams en kregen de leidinggevendende enige voorlichting over het concept. Van enige implementatie van dit beleid binnen de teams was geen sprake.*

Het team van een afdeling voor ernstig gedragsgestoorde patiënten raakte bij deze reorganisatie een zeer geliefde teamleider kwijt. Deze man was vrijwel dagelijks op de afdeling en werd door het team en de patiënten gezien als een vaderfiguur en op handen gedragen. Daarvoor in de plaats kreeg het team te maken met duaal management: een manager die in de eerste plaats verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken op een drietal afdelingen en een inhoudelijk manager verantwoordelijk voor het behandelbeleid op dezelfde drie afdelingen. De inhoudelijk

manager was ook nog deels werkzaam op de polikliniek als psychiater.

In het team heerste veel boosheid over het verlies van hun teamleider. De nieuwe leidinggevendenden kregen uitdrukkelijk de boodschap dat ze veel te weinig op de afdeling aanwezig waren, maar tegelijkertijd ook de boodschap dat ze nooit het verlies van hun geliefde teamleider goed zouden kunnen maken. De inhoudelijk manager, een jonge psychiater, kreeg al snel het stempel te onervaren en te weinig doortastend te zijn. Van de andere manager vond men dat ze hem eigenlijk niet nodig hadden, ze konden hun eigen boontjes wel doppen. Alleen voor die zaken waarbij een leidinggevende noodzakelijk is, mocht hij opdraven om binnen de aangegeven kaders van het team uitvoering te geven aan de door het team gegeven opdrachten.

De zeer vijandige sfeer binnen het team naar het management maakte dat het management niet graag op deze afdeling kwam en daar niet langer aanwezig was dan strikt noodzakelijk. Toen ik dit team interviewde in het kader van teamcoaching, was het eerste wat ze over hun leidinggevendenden vertelden dat deze nooit tijd voor het team hadden en telkens zo snel mogelijk maakten dat ze van de afdeling afkwamen. Bij de wekelijkse patiëntbesprekingen was de inhoudelijk manager, de psychiater, wel steeds aanwezig. Bij de verpleegkundige overdracht werd de patiëntenbespreking nog eens dunnetjes over gedaan en het afgesproken beleid zelden ongewijzigd gelaten. Van deze veranderde afspraken werd de psychiater vrijwel nooit op de

hoogte gesteld. Men was immers een zelfsturend team. Een tweetal ernstige crises van patiënten op de afdeling, gepaard gaand met fysieke agressie naar medewerkers met daarop heftige verbale agressie vanuit het team naar het management en een brief naar het hoger management waarin het falen van hun afdelingsmanagement uitgebreid aan de orde werd gesteld, maakte de noodzaak helder van een ingrijpen van buitenaf om de samenwerking tussen team en afdelingsmanagement te onderzoeken. Interviews met het team en met het afdelingsmanagement maakten al snel duidelijk dat er sprake was van een zeer gesloten team met onverwerkte rouw betreffende het verlies van hun teamleider – al meer dan drie jaar geleden! – en een conflictvermijdend leidinggevend duo. Het geslotene van het team en de conflictvermijdende houding van het management maakte dat er nauwelijks werkelijk onderling gecommuniceerd werd. De onderlinge samenwerking was al helemaal geen onderwerp van gesprek.

Een bekend parallelproces dat optreedt in teams die werken met patiënten met affectieve verwaarlozing in de jeugd werkt als volgt:

Deze patiënten hebben een sterk verlangen dat het gemis dat ze ervaren hebben in hun jeugd ooit nog eens goed gemaakt zal worden. Als er een groep is die dit verlangen weer aanwakkert, dan zijn dat de hulpverleners wel. Zij hebben vaak voor het vak gekozen omdat ze mensen wilden helpen. Patiënten met affectieve verwaarlozing in hun jeugd kunnen een zeer sterk

appèl doen op het redderschap van de hulpverleners op de afdeling. Bij teams die zich te veel laten inzuigen zie je zeer regelmatig dat zij hetzelfde gedrag gaan vertonen naar het management en voortdurend laten horen dat de werkomstandigheden niet goed zijn en dat de leiding daar iets aan moet doen. Als de leiding meegaat in dit appèl, dan blijft de mythe bestaan dat een paradijs op aarde haalbaar is en zullen de patiënten blijven verwachten dat de hulpverleners voor een beter leven kunnen zorgen. Als de teams het heft in eigen hand blijven nemen en zich verantwoordelijk blijven maken voor het beleid op de afdeling dan kan er een parallelproces optreden waarbij de patiënten betreffende hun eigen leven het heft in handen nemen en zich verantwoordelijk maken voor hun eigen behandeling.

Parallelprocessen kunnen ook ingezet worden door gebeurtenissen in de totale organisatie. Bezuinigingen en reorganisaties kunnen grote onzekerheid bij het management en de teams teweeg brengen. Deze onzekerheid kan omgezet worden in slachtoffer gedrag. Hele teams kunnen gaan lijden aan het calimerosyndroom. 'Ik is klein en zij zijn groot en dat is niet eerlijk!' Als een team behept raakt met slachtoffergedrag zal dit bij de forensische patiënten het slachtoffergedrag enorm versterken. Zij zijn immers experts op dit gebied en zullen de gevoelens van onmacht in het team drastisch gaan vergroten. Vaak lijkt het of hulpverleners alleen maar een diploma reddingzwemmen hebben. Alsof het almachtige redderschap het hoogste goed

is. Bijhalve dat dit gedrag de snelweg naar een burnout is, suggereert het dat de hulpverlener alle problemen kan oplossen, een prachtige voedingsbodem voor het calimerosyndroom bij de patiënt. In een leefgroep werkt dit vaak nog sterker. Vaak zijn de groepsleden uitstekend in staat bij reddersgedrag van de sociotherapeuten dit calimerogedrag bij elkaar te gaan versterken en de sociotherapeut achter te laten met veel schuld en faalgevoelens. Als parallelproces herhaalt dit proces zich binnen de kortste keren tussen team en leiding, waarbij het team zich klein en machteloos voelt en de leiding zichzelf ervaart als falend en schuldig.

Het gezonde team, een taakvolwassen en professioneel team

Vaak wordt in de hulpverlening – dus ook in het forensisch circuit – bij de medewerkers een aanzienlijke hoeveelheid slachtoffer gedrag waargenomen, gedrag dat stagnatie in stand houdt en autonomie tegengaat. Vaak wordt onvoldoende steun gezocht bij collega's, en wordt er nog heel weinig gedaan aan deskundigheidsbevordering door het lezen van vakliteratuur, eens meelopen met een collega, eens een kijkje nemen op een andere afdeling hoe daar wordt gewerkt, of intervisie organiseren. Jezelf professionaliseren, meer samen doen en meer kennis vergaren leidt tot 'samen sterk' en 'kennis is macht'.

Kennis bijvoorbeeld over de overdrachtsfenomenen waar je als werker in de forensische psychiatrie dagelijks mee te maken

hebt, kan je helpen weer voldoende afstand van je cliënten te nemen als je vastgezogen bent in hun problematiek.

Voorbeelden van deze overdrachtsfenomenen zijn:

- meegaan in de splijting
- zorgrol nemen
- je laten manipuleren
- je laten verleiden
- verharden
- uitzonderingen maken
- je laten idealiseren
- je laten kleineren
- boos worden
- bang worden
- wanhopig/machteloos voelen
- wantrouwen
- jezelf als 'boeman' zien
- meegaan in wisselende stemmingen.

Deze overdrachtsfenomenen kunnen zowel op individueel niveau als op teamniveau spelen. Een professioneel team zal hier oog voor hebben en zorgen dat deze fenomenen in de patiëntbesprekingen iedere keer aan de orde komen, zodat het team gezond blijft en de patiënten zo adequaat mogelijk behandeld worden.

Daarmee ben je er als groepswerker en als team nog niet altijd. Vorig jaar begeleidde ik een team met een enorme splitsing tussen het verpleegkundig team en de behandelaren. In het verpleegkundig team was veel gezamenlijkheid en veel kennis. Men was ook heel gemeenschappelijk in de kritiek naar leiding en behandelaren. Deze gemeenschappelijkheid uitte zich helaas in een zeer gemeenschappelijk kankeren. Ze spraken leiding en behandelaren niet recht-

streeks aan, evenmin werd vanuit de kennis en ervaring die er bestond binnen het verpleegkundig team onderbouwde schriftelijke beleidsvoorstellen gedaan in de beleidsvergadering. Kortom stagnatie. Sinds dit verpleegkundig team zelf zijn verantwoordelijkheid weer neemt, constructieve beleidsvoorstellen indient en behandelaren en leiding op constructieve wijze op hun verantwoordelijkheid aanspreekt, gebruikmaakt van hun kennis en competentie, is hun autonomie toegenomen en is het weer plezierig werken op deze afdeling.

Het voorafgaande maakt duidelijk dat het van belang is dat je je eigen professionaliteit onderhoudt door de kennistoename op het vakgebied van je discipline bij te houden en deze uit te breiden met kennis over de doelgroep, over groepsdynamica, over teamprocessen, dat je gebruikmaakt van de professionele kennis van je collega's van je eigen discipline, maar ook van de professionele kennis van de andere disciplines, dat je de leiding op constructieve wijze erop aanspreekt dat professioneel werken met deze doelgroep consequenties heeft voor het afdelingsbeleid en zelf komt met beleidsvoorstellen en niet te vergeten voorstellen voor scholing en bijscholing. Uit een groot onderzoek (Taris, et al., 2003) onder 5000 medewerkers in de thuiszorg in Nederland bleek de belangrijkste factor voor een goede samenwerking binnen teams de mate van onderlinge feedback te zijn. Hoe meer onderlinge feedback, hoe beter de samenwerking.

Op agressieve wijze geuite afbrekende kritiek is geen feedback. De letterlijke betekenis van feedback, namelijk terugvoeding maakt het voedende karakter wat feedback dient te hebben duidelijk.

Een team dat constructief communiceert met ieder lid, leiding kan ontvangen en niet alle verantwoording bij de leiding legt, maar ook zijn eigen verantwoordelijkheid neemt, een team dat zijn onvrede weet om te zetten in constructieve feedback en beleidsvoorstellen, een team dat elkaar aanspreekt als men zich niet aan de afspraken houdt, een team dat mede ervoor zorgt dat de agenda van beleidsvergaderingen en patiëntbesprekingen afgewerkt kan worden en dit niet alleen aan de voorzitter overlaat, een team waarvan de leden regelmatig bij elkaar informeren hoe het met ieder gaat, aandacht heeft voor parallelprocessen en overdrachtsfenomenen, elkaar steunt en er voor zorgt dat ontwikkeld beleid voldoende draagvlak heeft binnen het team en anders bijgesteld wordt, zal een werkplek bieden waar meestal met veel plezier gewerkt kan worden door zowel teamleden als leidinggevenden.

Referenties

- Berg, A. van den (2001). Managen in de psychiatrie kan gevaarlijk zijn. *Maandblad Geestelijk volksgezondheid*, 12, 1161-1172.
- Janzing, C., Kerstens, J. (2005). *Werken in een therapeutisch milieu*. 2005, Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Klomp, M. (2002). *Teambegeleiding. Handboek Werken, leren en leven met groepen*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Meloy, J.R. (1992). *The psychopathic mind. Origins, dynamics and treatment*. Northvale: Jason Aronson Inc.
- Stanton, A. and Schwartz, M. (1954). *The mental hospital*. New York: Basic Books.
- Taris, T.W., Kompier, M., Geurts, S., Schreurs, P.J.G., Schaufeli, W., Boer, E. de, Sepmeijer, K.J., Watez, C. (2003). Stress management interventions in the Dutch domiciliary care sector: Findings from 81 organizations. *International Journal of Stress Management*.