

Paralleprocessen

Katelijne Robbertz, klinisch psycholoog/psychotherapeut, is behandelcoördinator dagbehandeling de Grift, centrum voor verslavingszorg.

In dit artikel worden parallelprocessen beschreven zoals die kunnen voorkomen tussen verschillende specifieke cliëntengroepen en hun behandelteams. Onder parallelprocessen worden verstaan patronen in de interactie, die zich herhalen tussen twee verschillende groepen van mensen in dezelfde setting. Het begrip 'parallelprocessen' is ontstaan in de klinische milieu-therapie. Stanton en Schwartz (1954, in Voorhoeve en Van Putten, 1994) beschreven voor het eerst hoe interactiepatronen als kringen in een vijver op verschillende organisatieniveaus herhaald werden. In behandelsettings is er sprake van meerdere groepen tegelijk: die van de cliënten, die van het team en die van de organisatie. Zich herhalende problemen en conflicten doen zich in de verschillende groepen voor en verplaatsen zich van de ene groep naar de andere. In de interactie kunnen gevoelens, vooral die conflict beladen zijn en niet doorgewerkt worden, verschoven worden van de ene naar de andere groep. Zo kunnen er groepsprocessen parallel, dat wil zeggen in aard overeenkomend, voorkomen tussen de cliëntengroep, het (multidisciplinaire) behandelteam en het managementteam, zelfs tussen behandelinstellingen. Dit gebeurt vaak onbewust (Hummelen en

Tietema, 1991). Waar in therapeutische setting twee systemen naast elkaar actief zijn, worden altijd parallelprocessen verwacht. Parallelprocessen kunnen in elke behandelsetting voorkomen, maar doorgaans heeft elke cliëntendoelgroep zijn eigen kenmerken en bijbehorende kenmerkende parallelprocessen. Zo is de ervaring (Voorhoeve en Van Putten, 1994) dat naarmate de cliëntengroep vroeger gestoord is, en er dus meer uitgeageerd en minder geverbaliseerd wordt, er ook in het behandelteam meer de neiging is bij crisis snel tot actie over te gaan en minder aandacht te besteden aan zelfreflectie en overleg. Ook Hummelen en Tietema (1991) stellen dat een parallelproces altijd gekleurd wordt door de eigen dynamiek van de eigen groep.

In dit artikel wordt vooral ingegaan op kenmerkende parallelprocessen bij een aantal specifieke cliëntenpopulaties. Deze populaties zijn enigszins willekeurig gekozen op grond van wat in de literatuur te vinden is. Achtereenvolgens komen parallelprocessen aan de orde in de behandeling van cliënten met een neurotische karakterstructuur, cliënten met een verslavingsprobleem, psychiatrische cliënten met een vroege stoornis, forensisch psychiatrische cliënten, cliënten met een borderline persoonlijk-

heidsstoornis en tot slot adolescenten met gedragsproblemen.

Bij elk onderdeel zullen de kenmerken van de cliëntengroepen in termen van symptomatologie en/of persoonlijkheidsstructuur en de interactiestijl beschreven worden, en de bijbehorende parallelprocessen die zich daarbij kunnen voordoen. Elke beschrijving zal worden toegelicht aan de hand van een voorbeeld. Vervolgens zullen verscheidene praktische handvatten worden aangereikt met betrekking tot het omgaan met of het doorbreken van parallelprocessen. Het artikel wordt afgesloten met een discussie.

Neurotische karakterstructuur

Bij mensen met een neurotische persoonlijkheidsstructuur (Kernberg, 1984) staan cluster C-persoonlijkheidstrekken in termen van DSM-IV op de voorgrond. Bij hen kan er sprake zijn van vermijding en subassertiviteit. Ook komt men hier vaak bedekte passieve agressie tegen (Wolters, 2005). In het parallelproces kan er eveneens sprake zijn van ontwijkende en vermijdende kenmerken.

Voorbeeld

Binnen de cliëntenpopulatie was een liefdesrelatie ontstaan tussen twee cliënten. Deze werd geheim gehouden voor het team. Toch ontving het team hierover wel signalen. Wanneer het team in de teamkamer was en deze relatie besprak was er steeds algehele duidelijkheid en overeenstemming over het belemmerend werken

van deze relatie op de therapeutische behandeling van de cliëntengroep. Ook was men het erover eens dat het team dit in een bespreking moest uitleggen aan de cliëntengroep. Echter, wanneer het team slechts enkele minuten later in de bespreking met cliënten aanwezig was, sprak geen van de therapeuten over het onderwerp.

Nadat deze gebeurtenis zich driemaal had herhaald (dus een actiegerichte voorbespreking en een doodzwijgen in de praktijk) opperde een teamlid de mogelijkheid van een parallelproces. Mogelijk speelde er tussen de teamleden ook een (liefdes-)relatie die niet benoemd werd. Het begrenzen van de relatie in de cliëntenpopulatie zou dan een daad met een dubbele moraal zou zijn. Tijdens de intervisie stond het team stil bij een dergelijke parallel met de vraag of er in dit team een min of meer geheime relatie leefde. Na enige aarzeling bekende een therapeut vroeger een relatie met een collega-teamlid te hebben gehad. Er bleek nog steeds een band tussen hen te bestaan: ze zagen elkaar privé regelmatig. Door de betreffende teamleden werd wat geringschattend gedaan over de betekenis van hun vroegere relatie voor de situatie nu. Andere teamleden durfden nauwelijks door te vragen. Toch leidde deze bekentenis tot een verandering. In het volgende groepsoverleg kon met groot gemak de afgesproken interventie naar de cliënten worden gedaan. De cliëntengroep kon vrijuit over de relatie doorpraten.

Bovenstaand voorbeeld illustreert mooi hoe remmingen in het team ten aanzien van een

onbewust geheim zich parallel voordeden in de cliëntengroep. In beide groepen was er een geheim over een relatie die niet uitgesproken mocht worden. Pas nadat het team zijn remmingen had bewerkt, bleek bespreking in de cliëntengroep mogelijk. In dit voorbeeld is eveneens goed zichtbaar hoe splijting een rol kan spelen in parallelprocessen. In plaats van op één lijn te zitten hadden twee therapeuten zich afgesplitst wat betreft dit geheim. In de cliëntengroep speelde exact dezelfde splitsing. Openheid in het team is dus van wezenlijk belang voor de behandeling van cliënten. Beide groepen konden door een open bespreking verder groeien.

Verslavingsprobleem

In de verslavingszorg kent men globaal gezien twee groepen cliënten. Tot de eerste groep behoren de cliënten met een alcoholafhankelijkheid. Trekken uit het C-cluster van de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen zoals afhankelijkheid, vermijding en ontwijking zijn kenmerkend voor deze cliëntengroep. Naast de afhankelijkheid van een middel, tonen ze vaak ook afhankelijk gedrag op andere levensgebieden, zoals werk (workaholic), of ten aanzien van familie en vrienden. De afhankelijkheid speelt eveneens een rol in de houding van de cliënten ten opzichte van het behandelteam. Ze stellen zich doorgaans afhankelijk op en ze verwachten concrete opdrachten om uit te voeren. Ze vragen meestal niet direct om uitleg en hebben de neiging om af te wachten. Ook wordt vaak genoemd

hoezeer verslaafden het onvermogen hebben om goed voor zichzelf te zorgen, tot aan zelfdestructie toe (Tjaden, 2000).

In de parallelprocessen kan het thema afhankelijkheid een rol spelen in het behandelteam, bijvoorbeeld afhankelijkheid tussen het behandelteam en de teamleiding. Zo kan een behandelteam afwachten tot er concrete opdrachten gegeven worden door de leiding. Dit kan zelfs doorwerken naar de hele organisatie. Ook een teamleider neemt dan bijvoorbeeld opdrachten klakkeloos aan en kan zich te afhankelijk opstellen ten aanzien van de leidinggevende. Ook het thema verwaarlozing kan in een parallelproces terug komen: cliënten kunnen te weinig hulp voor zichzelf vragen en het team kan, als het hierin meegaat, dan verwaarlozend bezig zijn. Het team kan zelf parallel hieraan weer verwaarloosd worden door de directie.

Tot de tweede groep cliënten in de verslavingszorg behoren de drugsgebruikers. Kenmerkend voor deze subgroep zijn trekken uit het B-cluster van de persoonlijkheidsstoornissen, zoals impulsiviteit en acting-out. Naast experimenteergedrag in middelengebruik is er ook sprake van grensoverschrijdend gedrag en impulsiviteit ten aanzien van het behandelteam en instellingsregels. Kijken we naar de parallelprocessen, dan zien we thema's als grensoverschrijding en impulsiviteit terug in het team. Zo kan een behandelteam nieuwe ideeën ad hoc invoeren zonder overleg in de daarvoor bestemde besprekingen of bij de daarvoor verantwoordelijke personen. Ook hogerop in de organisatie

kan dit doorwerken: de directie kan te impulsieve besluiten nemen zonder goede voorbereiding en onderbouwing.

Voorbeeld

De directie van een instelling van verslavingszorg kwam eind oktober met een nieuw plan om nog voor de Kerst een dependance te openen in stad A, van een afdeling voor deeltijdbehandeling die tot dan toe alleen in stad B was gelokaliseerd. Voor het behandelteam was dit plan nieuw; ze hadden in geen enkel eerder overleg hierover gehoord en waren niet in eerder overleg hierover betrokken. Ook was er nog geen gebouw gevonden waar de afdeling in zou moeten starten. Andere zaken zoals personeelsuren, cliënteninformatie en facilitaire regelingen waren eveneens nog onduidelijk en niet goed gepland. Parallel dus aan een impulsieve cliëntenpopulatie was hier sprake van een ad hoc beleidsproces.

Vroege, psychiatrische stoornis

Onder psychiatrische cliënten met een vroege stoornis worden mensen met een psychotische persoonlijkheidsstructuur (Kernberg, 1984) verstaan. Kenmerkend voor deze doelgroep is een gebrekkige afgrenzing zowel tussen het zelf en de ander alsook tussen de realiteit en de fantasie, met een onderliggende primitieve angst. Mensen met vroege stoornissen zijn vaak opgegroeid in een omgeving waar ze niet hebben geleerd te vertrouwen op de eigen gevoelens en waarnemingen. In de parallelprocessen kan het thema afgren-

zingproblematiek evenzeer een rol spelen in het behandelteam, evenals angst. Verder staat bij deze cliëntengroep het sterke verlangen dat het gemis uit hun jeugd nog ooit eens goedge maakt zal worden, centraal. Deze cliënten kunnen een sterk appèl doen op de reddersfantasieën van de teamleden. Er kan sprake zijn van teamleden die ingezogen worden in de cliëntengroep, wanneer hulpverleners meegaan in de gedachte dat alles weer goed te maken is. Voorts zijn hulpverleners, vaak zelf behept met cluster-C trekken, geneigd zich terug te trekken bij een conflict. Door de cliënten kan dit terugtrekken ervaren worden als een bevestiging van hun angst. Wanneer het behandelteam meegaat in of deze inzuiging of deze vermijding kunnen zij een onredelijk appèl op het management doen om dingen te verbeteren, in plaats van zelf actie te ondernemen. Pas wanneer het team het heft in eigen hand neemt en zich verantwoordelijk opstelt voor het beleid van de eigen afdeling, kan het parallelproces een positieve wending nemen, waarbij cliënten leren zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen leven (Wolters, 2002).

Voorbeeld

Een manager van een afdeling voor de behandeling van cliënten met vroege stoornissen, ervoer dat hij in de loop der jaren steeds verder van de dagelijkse cliëntenzorg af was komen te zitten. Hij besloot meer contact te zoeken met de werkvloer en zich dagelijks 's ochtends bij de overdracht aan te sluiten. Naarmate hij vaker kwam, praatte hij meer mee met de team-

leden over de behandeling en ging hij meer en meer op de stoel van de behandelaar zitten. Deze zag dat er andere zaken op het gebied van management nu bleven liggen en pakte automatisch enkele beleidstaken op. Hun beider takenpakket bleek niet helder omschreven.

Parallel aan de cliëntengroep was er ook op leidinggevend niveau sprake van vervloeiing en vervaging van grenzen. Hetzelfde fenomeen kon teruggevonden worden in de interactie tussen de sociotherapeuten van het team en de cliënten: zowel de teamleden als de cliënten schreven in een zogenaamd afscheidboekje dat aan een vertrekkende cliënt(e) werd meegegeven. Hierbij waren de persoonlijke verhalen van de teamleden niet te onderscheiden van die van de groepsleden.

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Onder borderline cliënten verstaan wij in dit artikel cliënten met een borderline persoonlijkheidsstructuur (Kernberg, 1984). Bij hen spelen met name cluster-B trekken waaronder borderlinetrekken zoals beschreven in de DSM-IV. Kenmerkend voor deze borderline cliënt is het gebruik van het afweermecanisme splijting. In het behandelteam wordt deze splijting veelal aan den lijve gevoeld wanneer het ene teamlid geïdealiseerd en een ander teamlid gedevalueerd wordt. Wanneer er onverwerkte en veelal onbewuste conflicten in het team aanwezig zijn, kan dit het gevaar opleveren dat een of enkele teamleden meegaan in de splitsing. Zo'n parallelproces kan zijn weg vinden naar andere lagen van de organisatie, zoals wanneer het team de zwarte

piet naar het management toewerpt of zelfs naar een collega-instelling. In het verlengde hiervan liggen grensconflicten en het toestaan van uitzonderingen op de loer bij behandeling van borderliners.

Parallelprocessen die hierbij kunnen optreden zijn dan dat zowel in de cliëntengroep als in het team gedragingen worden getolereerd die eigenlijk niet acceptabel zijn.

Voorbeeld

Een cliënt uit een dagbehandeling voor borderliners kwam dagelijks te laat. Toen zij hierop werd aangesproken, antwoordde ze dat ze onmogelijk op tijd kon komen, omdat zij haar peuter eerst naar de crèche moest brengen. Het sociotherapeutisch team bestond op dat moment voornamelijk uit vrouwelijke therapeuten die zelf ook kinderen hadden. In deze periode viel het de behandelcoördinator op dat er 's ochtends steeds vaker te laat met de overdracht gestart werd. Desgevraagd zeiden de teamleden dat ze verlaat waren bij het naar school brengen van hun kinderen. Pas een maand later, toen de cliënte vanwege een andere grensoverschrijding aangesproken werd, hoorde de coördinator dat het haar bij wijze van uitzondering was toegestaan te laat te komen. In het team werd nu open besproken wat er gebeurd was, namelijk het meegaan in de grensoverschrijding ten gunste van het onbewuste eigen belang om zelf meer tijd te kunnen nemen voor de eigen kinderen. Hierna hield het te laat komen van de teamleden in de ochtendoverdracht op. En ook het te laat komen van de cliënte.

Forensisch-psychiatrische cliënten

In de literatuur worden forensische cliënten beschreven als mensen met een persoonlijkheid met trekken als narcistische en antisociale kenmerken. Bij tachtig procent van deze cliënten zou er sprake zijn van persoonlijkheidsstoornissen. Het zelfgevoel is onvoldoende gerijpt en er is sprake van primitieve afweer, waarbij agressie geprojecteerd kan worden op teamleden (Rylant, 1995). Qua symptomatologie worden klachten als angst, wantrouwen, agressie en obsessies vaak genoemd. De doelgroep heeft vaak gevoelens van wantrouwen ten aanzien van de teamleden en het bestaande beleid met zijn regels. Cliënten zijn bang om in een onmachtige positie te komen. Zij zijn gewend als overlevingsstrategie controle te behouden, de macht te grijpen en een ander in hun richting te manipuleren. Ze kunnen gemakkelijk een controlestrijd uitlokken. Haat en vijandigheid kunnen gemakkelijk uit onzekerheid ontstaan, met soms bedreigingen of agressief gedrag als gevolg. Er is frequent sprake van bondjesvorming, splitsing en zondebok- en uitstotingsfenomenen (Wolters, 2002).

Ook in het behandelteam kunnen de thema's controle en macht een rol spelen, waarbij de valkuil kan zijn dat het team gaat overcontroleren en gaat onderdrukken. De op het team geprojecteerde agressie kan een uitweg zoeken in conflicten binnen het team: parallel aan de cliëntengroep kan er ook in het team sprake zijn van bondjes en uitsluiting.

Voorbeeld

Een forensische cliënt heeft klei gegooid naar de beeldend therapeut en vanwege deze acting-out zal hij gezien worden door de psychotherapeut. De cliënt zei tegen deze psychotherapeut: 'Jij doet wel streng, maar je luistert wel echt naar me. Bij de beeldende therapeut mag ik nooit iets zeggen, of hij blaft me af.' De beeldende therapeut wordt hierbij eigenlijk letterlijk met modder of klei besmeurd door de cliënt, maar nu met woorden. De psychotherapeut heeft zelf al enkele lastige persoonlijke ervaringen met de beeldende therapeut gehad, waardoor hij de cliënt niet meteen corrigeert. In het teamoverleg geeft de psychotherapeut aan dat het met cliënt goed gaat terwijl de beeldende therapeut dat niet vindt. Er ontstaat een conflict en de teamleden kiezen partij of voor de een of voor de ander, dus bemoeien zich openlijk met het conflict. Er is sprake van splitsing en ook zien we de thema's agressie en macht hierin terug.

Tegelijkertijd speelt er ook een conflict tussen de kliniekmanager en de Raad van Bestuur. De Raad heeft eigenlijk argwaan naar de manager en luistert eerder naar de eerste geneeskundige. Als de Raad van Bestuur een beleidsvoorstel heeft, passen ze de manager, ze willen liever de goedkeuring van de psychiater. Ook hier is er mede sprake van splitsing en de thema's agressie en macht spelen zowel in cliëntengroep, het team als bij het management.

Adolescenten met gedragsproblemen

Adolescenten vormen een specifieke behandelgroep. Kenmerkend voor de hen is het autoriteitsconflict (Rylant, 1995). Aan grenzen die vastgesteld zijn, wordt gemord in een poging de eigen identiteit te onderzoeken of te versterken. In de behandelsetting gaat het erom hoe men kan begrenzen en hoe tegelijkertijd ook speelruimte gelaten kan worden. Het nemen van maatregelen, in de zin van sancties, roept dan ook altijd veel onrust en conflict op in het behandelteam (Rylant, 1995).

In een parallelproces kan het behandelteam of een deel daarvan partij kiezen voor de adolescent wanneer deze door een ander teamlid een grens gesteld krijgt. Zo kan bijvoorbeeld een sociotherapeut toch lachen om het kattenkwaad dat uitgehaald is door een cliënt, terwijl deze van de behandelend psycholoog een berisping hiervoor heeft gekregen. Zoiets ligt zeker op de loer wanneer de betreffende teamleden al vaker een machtsconflict met elkaar hebben gehad of wanneer aan hun persoonlijkheid gebonden interactiepatronen een rol mee gaan spelen. Een ander verschijnsel bij de adolescentendoelgroep is het zogenaamde nivelleren, dat wil zeggen dat teamleden zich opstellen als een gelijke van de cliënt. Dit gedrag is onder andere terug te vinden in taalgebruik, kledingstijl (Rylant, 1995). Voor een buitenstaander is dan onderscheid tussen cliënt en teamlid nog nauwelijks zichtbaar. Wat minder direct merkbare tendensen die teamleden van deze groep kunnen overnemen, zijn de gevoeligheid voor groepsdruk

en seksualiserend of agerend gedrag. Dit alles is feitelijk een vorm van grensoverschrijding waarin parallelprocessen een rol spelen: de adolescenten hebben bepaalde gedragingen, taal en kleding die als norm doorgeschoven worden naar het team. Indien het team deze norm automatisch accepteert, wordt de optimale afstand om tot een effectieve behandeling te komen gestoord. Er ontstaat dan een collusie tussen team en cliënt (Kernberg, in Rylant, 1995).

Voorbeeld

Een sociotherapeute, een jonge vrouw die bij haar ouders woonde bracht in het teamoverleg de training sociale vaardigheden in. Ze had het idee dat de sociotherapeutisch team niet eenduidig was over het gebruik van de videocamera. De sociotherapeute zei dat ze zelf weinig met de videocamera werkte, terwijl anderen dat wel deden. Al doorpratend bleek dat zij wel begrip had voor de argumenten van cliënten die het werken met de camera beangstigend vonden. Ze vond het al lastig om haar autoriteit te laten gelden, en dit gold des te meer voor het filmen, waar ze zelf ook angst voor had. Tegelijkertijd was in die periode een teamuitje gepland na werktijd. De sociotherapeute wist niet of zij kon komen omdat haar ouders activiteiten na het werk veelal afkeurden en ze niet tegen hen durfde in te gaan. Parallel aan de cliëntengroep speelde dus ook bij de therapeute privé het autoriteitsconflict. Dit belemmerde het therapeutisch proces, totdat ze zelf het conflict inbracht. Door haar interne conflict te

bespreken kon het ook doorgewerkt worden. Zij werkte hierna gemakkelijker met de camera. Bij het volgende teamuitje lukte het haar te komen, nadat ze met haar ouders over het conflict gesproken had

Praktische handvatten

Parallelprocessen zijn er altijd en overal maar zijn niet perse negatief of positief. Als ze herkend en bewust gemaakt worden, kunnen ze van grote diagnostische waarde zijn. Zij vragen om reflectie, zowel bij elk individueel teamlid persoonlijk als op het gebied van de samenwerking. Deze reflectie is moeilijk, maar kan gestuurd worden. Daarbij kan het van belang zijn te onderzoeken of er incongruenties zijn tussen de oppervlakte- en dieptestructuur van het behandelteam. Kort samengevat betreft de oppervlaktestructuur de afspraken, regels, taken en functies gericht op het bereiken van het gemeenschappelijk doel. De dieptestructuur wordt bepaald door de interacties op sociaal en emotioneel gebied tussen de teamleden en is merendeels onbewust (Janzing, 1989). Om grip te krijgen op parallelprocessen is het sowieso belangrijk deze dieptestructuur bewuster te maken. Als er conflicten in het team zijn is het belangrijk om te kijken of er tegelijkertijd in de cliëntengroep sprake is van een vergelijkbaar conflict. Ook de teamsfeer kan van diagnostische waarde zijn met betrekking tot de aanwezige parallelprocessen. Omgekeerd, kan men bij problemen in de cliëntengroep veelal ook een teamaandeel terugvinden. Meningsverschillen en per-

soonlijke irritaties in het team verlopen langs oude sporen van eerdere conflicten. Bij een nieuwe lastige situatie worden eerdere overdrachten en tegenoverdrachtsgevoelens geactiveerd. Het is dus van belang conflicten en samenwerkingsproblemen open te bespreken en communicatie hiërarchiever te stimuleren.

De beste oplossing hiertoe zou zijn om elke interactie nader te onderzoeken, maar dat is in tijd en praktijk onmogelijk en ook niet noodzakelijk. Doorwerken van de echt belemmerde factoren in de interactie is wel nodig voor een gezond therapielimaat. Pas dan is een team in staat uit de valkuilen van de cliëntenpopulatie te blijven en op een andere, corrigerende manier te werken.

Om dit proces te helpen kan in het team als vast terugkerend agendapunt aandacht geschonken worden aan parallelprocessen door herhaaldelijk de volgende vragen te stellen:

1. Gesteld dat er sprake is van een parallelproces tussen wat er in ons team nu gebeurt en wat zich afspeelt bij de cliënten, waar gaat het dan over (Arendsen Hein, 1998)?
2. Kijkend naar de gedragingen in de cliëntengroep, welk signaal van hen is terug te vinden voor de samenwerking in het team?
3. Welk signaal is er terug te vinden in de cliëntengroep wanneer we het team als uitgangspunt nemen?

Daar er in teams veelal weerstand bestaat om naar de eigen samenwerking te kijken kan iemand met de nodige distantie hierin een uitkomst zijn. Hier lijkt een taak weg-

gelegd voor de groepstherapeut, omdat die specifiek opgeleid is in het herkennen van groepsprocessen die al dan niet parallel in de twee groepen spelen. Belangrijk is hierbij dat bewerking van parallelprocessen wel door het hele team gedragen wordt (Arendsen Hein, 1998).

Toch kunnen zelfs bij het regelmatig bespreken en bewust maken van gevoelens die in de samenwerking naar boven komen, bepaalde interactiepatronen ingesleten raken. Bierenbroodspot (in Arendsen Hein, 1998) stelt hierom *jobrotation* voor: na maximaal vijf jaar moeten de belangrijke teamleden vervangen worden. Echter, in de praktijk lijkt dit niet zo realistisch.

Discussie

Aandacht voor parallelprocessen kan nuttige informatie geven over zowel het teamfunctioneren als de behandeling van cliënten. Maar er is nog veel onhelder over deze processen. In de literatuur is weinig terug te vinden over dit onderwerp en die literatuur die wel verschenen is, is veelal vanuit een bepaalde setting geschreven. De beschreven parallelprocessen zijn dus niet in bredere vergelijkende zin bestudeerd. Nog minder is er onderzoek verricht naar het bestaan van parallelprocessen en de werking ervan.

Het lijkt erop dat bij specifieke cliëntengroepen specifieke parallelprocessen in werking treden. De beschreven voorbeelden in dit artikel illustreren dit. Dit kan uiteraard niet worden opgevat als een bewijs: de kans is groot dat men datgene

waarnaar men zoekt, ook vindt. Bovendien vertonen de beschreven cliëntengroepen deels een overlap; ze zijn dan ook uitgekoken op praktische gronden en niet op grond van theoretisch of empirisch onderscheid. Ook bij andere doelgroepen en teams kunnen de genoemde specifieke cliëntkenmerken en parallelprocessen zich voordoen. De gemaakte indeling, gebaseerd op de weinige publicaties over dit onderwerp, is slechts globaal en behoeft verdere uitwerking.

De aanname dat teams die werken met cliënten met specifieke (persoonlijkheids-) kenmerken specifieke parallelprocessen in hun teams terugvinden is allerm minst gestaafd. Nader onderzoek hiernaar is noodzakelijk. Daarbij kan ook de vraag in hoeverre het regelmatig bewust bespreken van parallelprocessen inderdaad betere teams oplevert en of *jobrotation* een positief middel genoemd kan worden, nader onderzocht worden.

Gezien de specifieke taak van de psychotherapeut in het signaleren en hanteren van parallelprocessen, zou mijns inziens in de opleidingsroute van de NVGP meer aandacht hiervoor moeten komen.

Literatuur

Arendsen Hein, F.M. (1998). Overdracht en tegenoverdrachtverschijnselen in behandelteams. *Handboek Groepspsychotherapie*, 8, E 6.1-E 6.19. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hummelen, E.W. en Tietema, W. (1991). Seksualiteit and agressie among staff and patients. *Windsor lecture*. Apeldoorn: interne uitgave De Venne.

Janzing, C. (1989). Aspecten van milieutherapeutisch regelkunde. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 31 (6), 369-380.

Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven/London, Yale University press.

Rylant, R.F.A. (1995). Regelgeving in psychotherapeutische gemeenschappen. *Handboek groepstherapie*, 3, F4.1-F4.25. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Tjaden, B.R. (2000). Tegenoverdracht in groepspsychotherapie met verslaafde cliënten. *Groepspsychotherapie*, 34, (1), 18-31.

Voorhoeve, J.N. en van Putten, C.A. (1994). Parallelproces in supervision one working with psychothotic patients. *Groupanalysis*, 27, 459-466.

Wolters, R.J. (2002). Het team, slangenkuil of energiebron? *Nieuwsbrief V.M.P.D.*, 58, (10), 11-22.

Wolters, R.J. (2005). Grijp de macht. *Groepspsychotherapie*, 39 (1), 37-45.