

Parallelprocessen op een dagbehandeling

Relaas over vier verhuizingen en een opheffing

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

In dit artikel worden de teamprocessen van een dagbehandeling in de verslavingszorg beschreven, in een situationeel beloop van twee jaar. In deze periode veranderden de behandelinzichten door een fusie en een reorganisatie, hetgeen leidde tot zowel inhoudelijke als praktische aanpassingen.

Gevolgd wordt hoe een nagenoeg gelijk van samenstelling blijvend team vier verhuizingen in een jaar meemaakt, opgesplitst wordt in twee subteams en hoe uiteindelijk beide dagbehandelingen worden opgeheven als zelfstandige behandelafdelingen. Aandacht is er vooral voor de parallelprocessen en het concept 'behandelmilieu', toegelicht met enkele praktijkvoorbeelden. Tenslotte volgt een terug- en vooruitblik waarin tevens enkele praktische handvatten worden aangereikt.

Setting

Het betreft hier een dagbehandeling in de verslavingszorg waar cliënten op As I de diagnose alcohol- c.q. middelenafhankelijkheid of -misbruik, en eventueel ook een gokverslaving hadden. Op As II was er met name sprake van (trekken van) een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Ook stemmingsstoornissen, angstklachten en PTSS-klachten kwamen veelvuldig voor.

Het team bestond aanvankelijk uit zeven

sociotherapeuten en drie psychologen. De aansturing werd duaal vormgegeven door een teamleider (bedrijfsmatige leidinggevend) en een behandelcoördinator (klinisch psycholoog/psychotherapeut, inhoudelijk leidinggevend).

Voorts werkten in het team – ieder voor een uur per week – een drama-, een beeldend en een psychomotorisch therapeut en een sportdocent.

De dagbehandeling bestond sinds 1997 en de afdeling huisde voornamelijk in een

gebouw, genaamd 'de kliniek', waar ook de opnameafdeling (voor detoxificatie en diagnostiek) en de klinische behandeling gevestigd waren. De dagbehandeling bestond uit een een-, twee- of driedaags programma van 9 tot 15 uur, bestaande uit psychotherapie, sociotherapie, terugvalpreventie, sociale vaardigheidstraining, een dagopening en -sluiting en een lunch van alle cliënten uit een groep met een sociotherapeut. Ook een uur per week sport en non-verbale therapie waren in het programma opgenomen.

De normale behandelduur was gesteld op zes maanden.

Het begrip parallelproces

Parallelprocessen worden wel verplaatsingen van belevingen, emoties en reacties van de ene naar de andere tussenmenselijke situatie genoemd. Het is een proces in de samenwerking tussen deze groepen, waarbij gevoelens verschoven worden van de ene naar de andere groep. Dezelfde processen spelen zich dan parallel aan elkaar in twee verschillende groepen af. Door wederzijdse beïnvloeding kunnen dezelfde inhoudelijke thema's in verschillende groepen tegelijkertijd aanwezig zijn. Ze vallen pas op indien ze niet gezond zijn van karakter. Ze zijn veelal onbewust (Robbertz, 2006). Tegenwoordig spreekt men vooral over parallelprocessen als de gelijklopende processen schadelijk zijn. Hierbij is meestal sprake van een hiërarchisch hogere en een lagere groep (Haans, 2006). De meest bekende plek om ze waar

te nemen is tussen een cliëntengroep en een behandelteam, waar dan tegelijkertijd dezelfde processen spelen. Is er gedoe tussen het team en de cliëntengroep, dan kan door naar de parallelprocessen te kijken gepoogd worden deze op te lossen. Want wat in de ene groep gebeurt heeft consequenties voor de andere groep en omgekeerd (Janzing en Kerstens, 1989). Voor verbetering is het noodzakelijk om zowel op het zogenaamde oppervlakte- als diepteniveau te werken, waarbij men zich richt op herstel van communicatie op beide niveaus en op herstel van het reflectieve vermogen van de teamleden (Haans, 2006). De kleur van het parallelproces wordt bepaald door de dynamiek van de specifieke groep (Hummelen en Tietema, 1991). Daar in dit artikel het een cliëntengroep en behandelteam betreft in de verslavingszorg, zal het parallelproces specifieke kenmerken hebben uit de verslavingszorg. Voor deze setting worden impulsiviteit en afhankelijkheid (niet alleen van het middel, maar ook als persoonlijkheidstrek) genoemd (Robbertz, 2006).

Het concept behandelmilieu

Het behandelmilieu is het geheel van aanwezige elementen dat tussen cliënt en behandelaar een wisselwerking laat ontstaan. Hieronder worden zowel mensen als middelen verstaan.

Concreter betreft het dan een behandelteam, de ruimten in het gebouw met een specifieke inrichting en ook randzaken als de financiering van de behandeling, het

zakelijk management, het onderhoudspersoneel en dergelijke. In dit kader wordt dan ook geadviseerd om zowel bij het vinden van geschikte huisvesting als in het personeelsbeleid de behandelverantwoordelijke mee te laten kijken (Janzing, 1992). Voor cliënten staat centraal dat zij zich veilig genoeg moeten kunnen voelen om ander gedrag te oefenen, een corrigerende ervaring te kunnen opdoen in een holdingenvironment.

Daar de cliënten naast een verslaving veelal (trekken van) persoonlijkheidsstoornissen hadden, kan gesteld worden dat zij gebaat zijn bij zo'n veilige setting, om de structurele gebreken in de persoonlijkheidsopbouw in de loop der tijd zichtbaar, herkenbaar en integreerbaar te laten zijn (Knigge, 2001). Met name reorganisaties maar ook andere veranderingen van het behandelmilieu kunnen de kans op destructieve processen in behandelteams groter maken (Janzing, 1992).

Twee jaar van veranderingen

Fase 1

Toen er in het gebouw van de kliniek ruimtegebrek ontstond, had de dagbehandeling al eerder aangegeven uit het gebouw te willen vertrekken. De reden hiervoor lag in het feit dat de dagbehandeling laagdrempelig wilde zijn en meer in de stadskern gevestigd wilde zijn. Het kliniekgebouw stond in het zuiden van de stad (A) en was minder goed bereikbaar met het openbaar vervoer. Al gauw werd er een ruimte gevonden: de vierde verdieping van de cen-

traal gelegen polikliniek, waar de ambulante behandeling en het intake-team gehuisvest waren. Daar het gebouw oud was, moest er verbouwd worden. De verbouwing was al in volle gang toen het besluit van verhuizing van de dagbehandeling genomen werd. De dagbehandeling kon nog maar weinig inspraak bij de inrichting hebben. Het resultaat was toch redelijk: een eigen gang met een eigen huiskamer voor de cliënten, een teamkamer en een vergaderzaal voor het team, spreek/werkkamers voor de psychologen en ruimtes voor de creatieve therapie. De zaal voor de bewegingsactiviteiten was weliswaar klein, maar toch lukte het dit onderdeel prima vorm te geven. Een groter probleem lag in het afschermen van het behandelmilieu. In de kliniek was men gewend te werken naast collega's die allen ook met milieutherapie werkten. Men betrad elkaars afgegrensde ruimte niet als buitenstaander. In het ambulante veld bleek deze afgrenzing niet zo vanzelfsprekend. Het kwam regelmatig voor dat collega's de huiskamer van de cliënten binnenliepen, of mensen van andere afdelingen de voor onze eigen cliënten aangelegde rookruimte gebruikten. Er waren enkele grensgevechten nodig, voor de veiligheid op de afdeling terugkeerde. Een open dag met rondleiding en uitleg voor de collega's van de andere afdelingen leverde hierbij een grote bijdrage.

Parallellen in fase 1 Bij het verlaten van het oude gebouw sprak men in het team over 'het verlaten van de moederschoot'. De veilige

gestructureerde kliniek werd achtergelaten voor een stap naar de buitenwereld, als een jong volwassene die op zichzelf gaat wonen, zich losmaakt van zijn ouders. In deze fase waren veel teamleden actiever dan ervoor, bezig spullen te verzamelen voor de nieuwe huisvesting. Maar het leek ook anderszins op een sprong voorwaarts, alsof teamleden groeiden. Het deed een appel op het gevoel van zelfstandigheid. Veel teamleden gedroegen zich plots ook meer zelfredzaam: er werd minder overleg gezocht met de leidinggevendenden. Enkele andere teamleden grepen de veranderingen aan om na te denken of ze deze stap wel wilden maken, of dat het misschien tijd was voor een andere baan. Van het oorspronkelijke team dat voor het eerst van de plannen hoorde, besloten er vier naar een andere werkplek te vertrekken.

Ook bij de cliënten was een dergelijk proces zichtbaar. Enkelens vluchtten in gezondheid: ze gaven alle energie om hun laatste doelen vorm te geven, zodat ze niet mee hoefden te verhuizen. Ook was het aantal dropouts in deze fase groter dan voorheen.

Duidelijk was verder dat het thema afscheid voorop stond. Niet alleen aangezwengeld door de teamleden, die daar zowel in de therapieën als in de teambijeenkomsten veel over spraken, maar ook de cliënten brachten zelf veelvuldig dit thema in. Het waren verhalen over loslaten en daarna verder kunnen groeien. Ook het thema zelfstandigheid werd veel ingebracht. Twee nog thuiswonende cliënten gingen op kamers wonen. En toen zij op hun laatste

dag afscheid van de groep namen, bleken zij een eigen ritueel te hebben bedacht. Want tegen de (ongeschreven) regel in gaven ze als rebellerende pubers iedereen een cadeautje.

Fase 2

De dagbehandeling draaide vervolgens prima op de nieuwe afdeling, in het centrum van stad. Cliënten uit een ook tot het verzorgingsgebied behorende nabijgelegen stad (B) moesten na de verhuizing echter nog verder reizen. De vraag om ook voor aanmeldingen uit stad B een laagdrempelige dagbehandeling ter plaatse te bieden was allengs gegroeid. Voor cliënten waren de reiskosten vaak niet op te brengen en men ervoer het als een brug te ver om naar stad A te reizen. In stad B was de ambulante afdeling bezig een nieuw pand te bouwen. Het bleek nog mogelijk om er een stukje aan te bouwen voor een dagbehandeling. Tussentijds zou de dagbehandeling alvast starten in het naastgelegen gebouw van de fusiepartner, een centrum voor maatschappelijke opvang. De ruimtes die gebruikt konden worden waren een teamkamer, twee werk- annex spreekkamers, terwijl de kapel kon dienen als leef- en therapieruimte voor cliënten. Alleen indien er op therapiedagen een rouwdienst in de kapel gepland was, moest de groep verkassen naar een vergaderzaal verderop in het gebouw. De kapel had een mooie uitstraling, al werd het als minder prettig ervaren dat ook de lunch in deze ruimte plaatsvond, zodat men de hele dag in een en dezelfde ruimte verbleef. Wel was er de

mogelijkheid om het programmaonderdeel sport in de naast gelegen sportschool te laten plaatsvinden, een uur per week. Andere non-verbale therapieën konden vanwege ruimtegebrek vooralsnog niet geboden worden.

De collega's van de opvang moesten wennen aan het feit dat de dagbehandeling een eigen behandelmilieu wilde neerzetten in de kapel. Aanvankelijk gebeurde het regelmatig dat een opgevangen thuis- of dakloze al dan niet in verwarde toestand de kapel inliep. Soms ook met een bierfles in de hand! Het zien en ruiken van alcohol gaf bij de cliëntengroep regelmatig trek in het middel, waar ze juist vanaf poogden te raken. Ook hier hielp voorlichting, nu aan het personeel van de maatschappelijke opvang. Zij konden met deze informatie hun cliëntèle inlichten hetgeen tot reductie van ongewenste binnenlopers leidde.

Parallellen in fase 2 In deze fase stond het 'je plek gaan vinden' in het nieuwe gebouw in stad A centraal. Zowel teamleden als cliënten liepen rond met plantjes en posters om samen de therapieruimten en de huiskamer in te richten. De teamleden waren ook druk met de teamkamer. In de therapieblokken vertelden de cliënten over eerdere nieuwe starts; ze kwamen nu met de last van de eerdere afscheidsmomenten, omdat deze bij het actuele afscheid te pijnlijk waren geweest. Nu, in de nieuwe veiligheid durfde men hierover te praten. Dit liep parallel met de verhalen van de teamleden, die nu pas meer toegaven de kliniek ook wel te missen, waar men tot dan toe gericht

was geweest op een nieuwe uitdaging. Verder wilde het team het wij-gevoel versterken, door een aantal extra teamdagen in te plannen. Op zo'n teamdag werd gesproken over hoe men de samenwerking bij het verhuizen had ervaren. Maar tevens wilde het team iets leuks met elkaar gaan doen, bijvoorbeeld bowlen en uit eten gaan. Ook de cliënten kwamen in deze periode met het voorstel of ze een speciale dag mochten organiseren, waarin ze de hele dag aan een thema wilden werken, afgesloten met een gezamenlijk diner.

Bij het betrekken van de kapel in stad B bestonden vergelijkbare processen. Ook hier was men bezig de kamers in te richten, hoewel in de gedeelde werkkamers en ook in de kapel geen eigen materiaal kon worden opgehangen. Maar er werd wel een eigen kast geplaatst en eigen spullen als werkmappen, papier en audiovisuele apparatuur neer gezet. In de cliëntengroep was er amper sprake van dropouts in deze fase. De cohesie nam toe, en er ontstonden zelfs contacten buiten de therapie, hoewel dit als regel afgeraden wordt.

Fase 3

In stad B werden om uit te breiden naar een completer therapieprogramma en om een eigen sfeer te kunnen neerzetten zes containers gehuurd, die tussen de kapel en de geplande nieuwbouw werden geplaatst. Ze werden ingericht als een aparte huiskamer en therapieruimte voor de cliënten, een teamkamer, en spreek- of werkkamers. In deze containers werd een start gemaakt met het toevoegen van creatieve therapie beel-

dend aan het programma. Ook al was de container geen ideale werkruimte, het lukte de therapeut toch om er een aangepast programma te bieden. Hoewel de winter kwam en de aan de buitenzijde lopende waterleidingen bevroren, de tussen de containers in liggende matten glad werden en er bij regen met een paraplu van de ene naar de andere container gelopen moest worden, overheerste er een gevoel van gezelligheid in het team. Men noemden het 'de camping'. Ook cliënten vonden de sfeer er prettig. Het team zette zich in om een qua inrichting juiste behandel sfeer te creëren en maakte de eigen teamkamer gezellig. En de cliënten versierden hun container met in de beeldende therapie eigen gemaakte schilderijen.

Parallellen in fase 3 De verhuizing naar de containers in stad B had het wij-gevoel van de teamleden daar versterkt. Hoewel de omgeving vaak verbaasd reageerde of men daar wel prettig kon werken, zeiden zowel de teamleden als de cliënten het 'knus' te vinden om zo 'te kamperen'. Bij het duale management leefde de zorg of de containers wel een adequate huisvesting kon vormen voor teamleden en cliënten. De containers zouden de associatie met verwaarlozing kunnen oproepen, zeker bij verlaafd die in sommige gevallen gewend waren op straat te overleven. Konden zij wel opgevangen worden in een 'overleef-situatie' als deze containers? Indien men cliënten die zichzelf zo kunnen verwaarlozen gaat opvangen in een verwaarloosd gebouw, dan kan er ook op die wijze sprake zijn van een soort parallelproces: men kan

ermee uitdragen dat ze niets beters waard zijn. Juist het bieden van een goed onderhouden omgeving straalt uit dat ook de cliënt zichzelf goed moet verzorgen en dat hij met respect behandeld wordt. Het gevoel van de duale leiding hun team en doelgroep te weinig te kunnen bieden liep parallel met de beleving dat de directie hen niet genoeg bood, aan goed materiaal (containers) maar ook aan aansturing. Door de reorganisatie trok de oude manager zich al terug in maart, terwijl de nieuwe pas in november begon. Dit machtsvacuüm viel aldus samen met de periode dat er veel veranderingen plaats vonden met twee afdelingen op twee locaties en er heel wat te regelen viel. Verder leek het duidelijker te worden in het team wie in stad A of wie in stad B wilde werken, hoewel dit bij de sociotherapeuten een vanzelfsprekender proces was dan bij de psychologen. Deze splitsing tussen de disciplines, het niet op een lijn zitten, was parallel terug te vinden in de cliëntengroep, waar de mannen en de vrouwen gedurende een periode apart wilden zitten in de pauzes (dit na een meningsverschil tussen een man en een vrouw). Toen een van de psychologen, die het meest moeite had gehad met de splitsing, elders ging werken en de psychologen hun wens niet opgedeeld te worden loslieten, zaten de mannelijke en vrouwelijke groepsleden plots weer alsof er niets gebeurd was samen aan een lunchtafel. In de containers zaten thans de cliënten dichter naast het team, slechts een meter verderop. Deze nabijheid gaf een verbetering in het contact tussen groep en team.

Dat het thema afstand-nabijheid aandacht vroeg bleek ook in de casus van een cliënte die de behandeling vroegtijdig, tegen advies, wilde verlaten en als reden opgaf dat ze het benauwd had gekregen van de zorg en de sfeer die nu ontstaan was.

Fase 4

In het nieuwe gebouw in stad B werd een aanbouw gerealiseerd op de begaande grond. Met de manager daar bleken heel wat gesprekken nodig om uit te leggen wat de wensen van de dagbehandeling daarbij waren. Deze manager had zelf niet gewerkt als hulpverlener, noch was hij hier in opgeleid. Toen hij de eerste keer het woord 'milieu' hoorde, was hij verbaasd over de gebruikte taal. De gesprekken richtten zich tenslotte maar op het praktische, zoals een af te sluiten deur tussen de centrale hal en de behandelgang. Uiteindelijk werden de meeste wensen gehonoreerd. Wat niet veranderd kon worden, was dat de toiletten zich op de centrale gang bevonden. De cliënten kwamen daar dan nu weer regelmatig oude bekenden tegen uit de gebruikerswereld, als deze een afspraak hadden bij het intake of ambulante team. Met de eigen dagbehandeling-cliëntengroep werden hierover afspraken gemaakt.

Tegenover het behandelgebouw verrees een grote hal, waar een creatieve therapieruimte gepland was. Het aanbod werd ook uitgebreid van een naar drie groepen, waarmee het aanbod gelijk was aan die in stad A. Hiertoe werd extra personeel aangenomen. De teamleden werkten allen op beide locaties, meestal wel op één dag op één plek.

Maar om de werkdruk gezond te houden en het beter kunnen toeleggen op een en dezelfde cliëntenleefgroep in plaats van twee zou er gekozen moeten worden. Teamleden konden hun voorkeur opgeven. Naast hun wens werd gelet op werkervaring, opleiding en aantal contracturen. Bij de verdeling verliep het bij het sociotherapeutisch team zonder veel problemen. De meesten hadden de locatie gekozen die het dichtst bij hun woonplaats was en vonden de nieuwe situatie duidelijker en rustiger. Bij de psychologen daarentegen viel de opdeling zwaar. In hun groepje van drie, zou nu een van hen alleen op een locatie zitten, en kon er nog amper sprake zijn van intervisie. Er zou wel een nieuwe psycholoog geworven worden. De psychologen wilden nog een brief gaan schrijven aan de directie om het besluit aan te vechten, maar daar de sociotherapeuten hierin geen medestanders waren en men dus niet op een lijn zat, lieten ze dat plan varen. Het duale management bleef nog wel beide locaties aansturen. En er waren nog gezamenlijke teamdagen en over en weer viel men bij elkaar in bij ziekte en dergelijke.

Parallellen in fase 4 Met deze vierde verhuizing in nog geen anderhalf jaar, trad bij de betreffende teamleden in stad B wel enige verhuismoehheid op. Voor cliënten speelde dit minder, daar de meesten er maar een of hooguit twee meemaakten, maar ze kregen wel wat mee van de onrust. Toch overheerste het enthousiasme dat nu uiteindelijk in een definitief eigen gebouw de behandeling vormgegeven zou kunnen

worden. Het gebouw was architectonisch erg mooi. Helaas bleek in de praktijk dat de gespreksruimten gehorig waren en rapporteerden zowel cliënten als teamleden dit onveilig te vinden. Er kwamen weer meer dropouts. Ook waren de teamleden niet tevreden met hun teamkamer, die tegenover de receptie lag waar alle bezoekers zich aanmeldden. Daar alle binnendeuren ramen hadden, stonden er regelmatig mensen door de ruit te gluren, en soms waren het ook collega's die dan vrolijk klopten en zwaaiden. Men leek niet in de gaten te hebben hoe storend dit door het team werd ervaren: ook het team voelde zich dus op de nieuwe werkplek onrustiger. Rust ontstond wel meer, toen de teamleden definitief hun keuze mochten opgeven. Er hoefde nu minder gereisd te worden tussen de twee locaties, en men hoefde slechts op één locatie de groepsprocessen te volgen. Bij de cliënten nam het aantal dropouts af.

Fase 5

Door de fusie en bijbehorende reorganisatie werd door de directie gekozen meer regionaal te werken. Een dagbehandeling die op twee regio's actief was, vond men hier niet meer inpassen. Het idee ontstond dat de afdeling echt opgesplitst zou worden. Ook het duale management moest nu kiezen voor stad A of B. De psychotherapeuten waren al gewend aan de gemaakte opdeling. Bij de psychologen die solliciteerden, werd gezegd dat of stad A of B nog nader bepaald zou worden. Toen de oude behandelcoördinator koos voor stad B, solliciteerde een van de inmiddels vijf

psychologen voor de functie van behandelcoördinator in stad A. Ook voor haar leeg gekomen functie werd een nieuwe psycholoog aangenomen.

Het oude duale management maakte nog een verdeling waar de psychologen zouden gaan werken. Hierbij werd wederom gelet op werkervaring, opleidingsniveau, het aantal contracturen en de eigen wens van de psycholoog. De nieuwe behandelcoördinator van stad A, gesteund door ook een nieuwe teamleider aldaar, kon zich echter niet vinden in de gekozen verdeling. Er ontstond een conflict. In een machtsvacuüm van afwezige managers ontspoorde dit conflict dat eindigde in een contactbreuk tussen beide locaties: er was geen contact meer tussen de mensen die vlak ervoor nog één team hadden gevormd. Beide locaties begonnen zich nog meer te richten op de nieuwe samenwerking met de andere afdelingen in de regio. In hetzelfde gebouw gehuisvest, groeide de samenwerking daar gestaag. Iedereen in hetzelfde gebouw viel onder dezelfde naam: 'de polikliniek'.

Parallellen in fase 5 Bij de definitieve splitting ontstonden er twee kampen in het oorspronkelijke team. In de eerste instantie verbaasde dat alle teamleden. Men meende dat men toch altijd goed met elkaar had kunnen samenwerken. Toch bleek dat men snel een gevoel van de eigen groep op locatie in A of in B had ontwikkeld. Hierbij leek het nodig dat, om de eigen identiteit te kunnen versterken, men zich meer ging afzetten tegen de anderen. Het lukte de twee teams niet zelf tot een verbetering in

het contact te komen en daar er geen manager aanwezig was, werd er niet bemiddeld. Het conflict bleef bestaan. Mogelijk speelde mee dat de directie het conflict niet hinderlijk vond, daar men juist de band tussen de oude teams wilde losweken om zo de weg naar de regionale poliklinieken sneller vrij te maken.

Ook in de cliëntengroep was er in die periode sprake van splitsend gedrag. Bijna dagelijks ontstonden er misverstanden als een cliënt aangaf dat het ene teamlid iets wel had toegestaan, waar een ander teamlid nu nee over zei. In de cliëntengroep speelden ook processen als zondebokvorming, uitstoting en splitsing. Er was een cliënte die in haar groep weggepest dreigde te worden. En twee anderen hadden een conflict, wat tot subvorming leidde. Het gevoel van nabijheid en verbondenheid draaide aldus om naar verzet en strijd. Nieuwe grenzen (ook letterlijk in het nieuwe gebouw) leken te moeten worden onderzocht. Cliënten liepen in deze periode vaak door de gangen, waar ze ondanks de afspraken hierover toch vaak praatjes hielden met oude bekenden. Ook teamleden wandelden steeds vaker naar de andere afdelingen, en zochten daar nieuw contact.

Fase 6

De contacten tussen de nieuwe collega's binnen elke polikliniek groeide, maar vanuit het management werd gepoogd de locale samenwerking nog sneller te verbeteren. In het nieuwe beleidsvoorstel werd geformuleerd dat er een polikliniek in elke

regio zou zijn, waarbij het onderscheid tussen de oorspronkelijke afdelingen zou worden opgeheven. Er zou hierin geen plaats meer zijn voor een aparte zelfstandige dagbehandeling. Een cliënt zou na aanmelding een behandelvorm geïndiceerd krijgen, die zowel zou bestaan uit elementen van de voormalige ambulante behandeling als van de oude dagbehandeling. Het milieu dat de dagbehandeling onderscheidde – en afscheidde – van de andere afdelingen zou hiermee verdwijnen. Argumenten als een betere doorstroming voor cliënten, zorg op maat en geen lange wachttijden meer wogen zwaarder dan een specifiek milieu met holding, waarbinnen een veilig milieu corrigerende leerervaringen konden worden opgedaan.

'Te analytisch en psychodynamisch, niet meer van deze tijd, niet evidence based, te weinig gedragstherapeutisch' en 'groepstherapie is te vaak niet voor onze doelgroep geschikt' zo liet de nieuwe directeur weten. De behandelcoördinator van het dagbehandelingsteam moest vervolgens de competitie aan met de collega behandel-coördinator van het ambulante team, omdat er vanwege een bezuinigingsmaatregel nu nog maar één inhoudelijk leidinggevende nodig was voor beide afdelingen. Dit zou de eenheid moeten bevorderen. In stad A was de functie van behandelcoördinator ambulant door de reorganisatie vacant, zodat deze automatisch werd ingevuld door de nieuwe behandelcoördinator van de deeltijd. In stad B zou er wel een procedure volgen. De dagbehandelingcoördinator daar besloot hierop echter een baan elders te accepteren.

Parallellen in fase 6 Na de verhuizingen in beide steden ging de staf van de dagbehandeling lunchen in de gemeenschappelijke personeelskantine in de poliklinieken. Hier kwamen ook de ambulante werkende collega's eten. Na de opsplitsing groeide deze contacten aanzienlijk. Ook in de wandelingen zocht men elkaar meer op, zowel voor een praatje als om verwijzingen door te spreken. Het aantal cliënten dat vanuit het ambulante team werd doorgestuurd naar de dagbehandeling nam toe. Ook vanuit de deeltijd naar de poli kwamen er meer doorverwijzingen. Er was in beide afzonderlijke dagbehandelingsteams wel rouw over de verloren contacten. Ook in de cliëntengroep was het thema in deze fase rouw, verdriet over dat wat men had verloren. Hoewel de meesten hard bezig waren de verslaving achter zich te laten, vertelden men in de groep in deze fase frequent over alles wat uit het leven als verslaafde ook gemist werd, zoals de vrijheid, de roes, een bepaalde sfeer of contacten. Daar de eigenheid van de dagbehandeling in het geding kwam in de plannen voor een polikliniek, was het interessant te zien hoe cliënten juist in deze periode meer identiteitsvragen inbrachten. Parallel aan de competitie die de teamleiders en de behandelcoördinatoren moesten aangaan op de poli's, speelde er in het sociotherapeutenteam ook meer competitie. Zo was een van de sociotherapeuten senior geworden en had een ander teamlid (in ervaring en leeftijd gelijk) hier moeite mee. Tussen hen was er regelmatig rivaliteit en strijd. Dit uitte zich in gesteggel over welke onderwerpen op de

agenda gezet werden en in inhoudelijke discussies. Bij de cliëntengroep gingen er in die periode zelfs twee op de vuist op de gang! Bij het duale management leidde alle strijd die zij moesten leveren tegen alle reorganisatieplannen en in de competitie met de andere afdelingen, tot ziekte. Eerst viel de teamleider een tijdje uit, gevolgd door de behandelcoördinator, die uiteindelijk naar een baan elders vertrok.

Terug- en vooruitblik

Wanneer we terugblikkend de twee jaar vol veranderingen bezien, is het achteraf logisch te veronderstellen dat er onrust zou ontstaan, zowel in het team als in de cliëntengroep. Het team had dus op parallelprocessen voorbereid kunnen zijn. Soms echter gaven de gebeurtenissen juist meer nabijheid en eenheid in zowel het team als in de cliëntengroep, en op andere momenten ontstond er meer strijd en kwamen destructieve processen op de voorgrond. In deze periode van twee jaar verhuisden (een deel van) team en cliënten maar liefst vier keer. Steeds opnieuw gaf het wennen aan nieuwe zaken onrust. Maar de meeste onrust werd ingegeven door de steeds nieuwe behandelinzichten, waarbij het vertrouwde concept van het behandelmilieu moest worden opgegeven. Bij elke verhuizing trof het dagbehandelingsteam nieuwe collega's in het nieuwe gebouw die onbekend waren met het concept. Veel tijd en energie is elke keer besteed aan voorlichting geven en rondleiden. Totdat de dagbehandeling werd opgeheven als zelf-

standige behandelafdeling en het uiteindelijk niet meer nodig bleek...

Het team had zich voorbereid op het thema veranderingen, loslaten en afscheid nemen. Hierbij was men bezig geweest met de opsplitsing en wat dat zou betekenen. Opvallend was dat in het team verdeeldheid ontstond tussen sociotherapeuten en psychologen. Alleen met een op één lijn zittend team zou het plan ten uitvoer gebracht worden om de directie een brief te schrijven met het verzoek een bovenregionaal team te mogen blijven. Interessant hierbij is dat men specifiek koos voor een brief en niet voor overleg; dit kwam door het feit dat vanwege de reorganisatie de managers gedurende een bepaalde periode geen contact meer hadden met het team. In dit machtsvacuüm ontbrak dus ook goede communicatie die voor het voorkomen van destructieve processen van essentieel belang is. Om incidenten in het team te signaleren is een gesprek nodig. Door erover te reflecteren, ze bewust te maken, kan men in een dialoog tot een oplossing komen. Zo kunnen parallelprocessen constructief gebruikt worden en kan men op tijd zien wat er speelt en pogen de koers dan om te buigen.

Het team bracht wel het kernthema afscheid nemen regelmatig in tijdens de teambesprekingen, maar om in een team daadwerkelijk naar zichzelf te durven kijken op een dieper niveau, en je eigen kwetsbaarheden, zoals angst, jaloezie, rouw en dergelijke onder ogen durven te zien, heeft men vaak iemand nodig die met zekere afstand naar het groepsproces kan

kijken. Soms kan deze rol ook ingenomen worden door de groepspsychotherapeut in het team. Daar in dit team deze taak samenviel met die van behandelcoördinator, die juist midden in het spanningsveld kwam te staan, is de groepspsychotherapeut daar onvoldoende in geslaagd. Verder gebeurde het regelmatig dat de agenda overvol was vanwege acute reorganisatieperikelen zodat het stilstaan bij parallelprocessen onder aan de lijst stond. En zo verschoven geplande besprekingen naar de week erop. Het team gaf tevens aan een zekere gespreksmoeheid te voelen. Men had de neiging moeilijk thema's voor zich uit te schuiven. Liever wilde men doen, actie ondernemen, nieuwe stappen zetten, zoals de veranderende praktijk leek te vragen en vooral niet te lang stilstaan bij conflict en rouw. Dit speelde zich parallel af bij de cliëntengroep. Gesteld kan worden dat het signaleren van aspecten in het eigen team, geen eenvoudige zaak is. Toch is het een belangrijke en misschien zelfs noodzakelijke opgave. Door het bespreekbaar maken van wat er leeft, kan een destructief proces in de eigen groep, het team, als ook in de cliëntengroep bijgestuurd worden. Het bewust aangaan van een parallelproces vraagt echter ook rust, tijd en veiligheid. In deze twee jaar met vier verhuizingen was er weinig tijd of rust, terwijl vanwege het wegvallen van de holding een gevoel van veiligheid ver te zoeken was.

Vragen die blijven liggen zijn onder meer of de specifieke verslavingsdoelgroep de hierboven beschreven processen nog specifiek

gekleurd heeft: zou bij een andere doelgroep een ander beloop zijn zichtbaar geweest? En hoe zou het gegaan zijn wanneer bepaalde processen wel beter doorgevoerd waren? En als er beter management (of in ieder geval betere communicatie) geweest was?

De belangrijkste vraag lijkt thans welke gevolgen de opheffing van het behandelmilieu in de behandeling heeft. Zal de directie met de uitspraak 'niet evidence based en niet van deze tijd' het gelijk aan haar zijde krijgen of zal toch blijken dat de aloude kracht van het behandelmilieu niets aan werking ingeboet heeft? Dit zal de toekomst moeten uitwijzen.

Literatuurlijst

Haans, T. (2006). *Parallelprocessen in organisatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

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

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

Janzing, C. (1992). Angst voor teleurstelling. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28 (4) , 207-216.

Janzing, C. en Kerstens, J. (1989). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Knigge, W. (2001). Wat is holding? *Bulletin van de vereniging voor klinische psychotherapie*, 4 (1) , 14-18.

Robbertz, K. (2006). Parallelprocessen. *Groepen*, 1 (2), 40-49.