

De staf-training in een psychotherapeutische gemeenschap

door B. Tilmans, S. Verhaest en L. Gelissen

Inleiding

Sinds 1965 functioneert er aan het Universitair Psychiatrisch Centrum St. Jozef te Kortenberg een psychotherapeutische gemeenschap bedoeld voor ernstig neurotische, narcistische en borderline persoonlijkheden. (Kernberg, 1967). Het programma hebben we op een andere plaats uitvoerig beschreven (S. Verhaest en R. Pierloot, 1974). Eén van de problemen van de werking van een dergelijke psychotherapeutische gemeenschap is de integratie van de activiteiten van de verschillende therapeuten. Dit kan gebeuren *via een stafvergadering waarin de evolutie van patiënten in verschillende therapieën op meer objectieve basis besproken wordt*, maar naast deze meer objectiverende vergadering, doet zich ook de noodzaak voelen van een contactname van de stafleden die zich meer centreert rond de emotionele aspecten van samenwerking. Na een éénmalige sensitivitytraining onder weekendvorm werd vanaf 1970 dan ook in onze psychotherapeutische gemeenschap gekozen voor een wekelijkse vergadering waar de exploratie van affectieve aspecten van samenwerking aan bod komt. Deze vergadering wordt eerst geleid door een senior-staflid die buiten de therapeutische setting staat, en vanaf 1976 door een jonger staf lid die in een andere sector van het ziekenhuis werkzaam is, en zo eveneens buiten de therapeutische setting staat. Dit heeft het voordeel dat de setting en de sfeer van een psychotherapeutische gemeenschap in een opleidingsziekenhuis voldoende bekend zijn voor de trainers, het nadeel dat het geen volledige buitenstaanders zijn. De bedoeling van dit artikel is met een tienjarige ervaring terug te blikken op de verschillende facetten van een dergelijke training, waarbij we de doelstelling en de inhoudelijke aspecten van de staf-training bespreken, en vooral ingaan op de rol van de trainer en het onderscheid tussen staf-training en groepspsychotherapie.

Schrijvers zijn respectievelijk Klinisch Psycholoog, Universitair Psychiatrisch Centrum St. Jozef, Kortenberg; Kliniekhoofd, Universitair Psychiatrisch Centrum St. Jozef, Kortenberg, Lektor Kath. Univ. Leuven en Klinisch Psycholoog, Consulent, Directeur Psychiatrisch Centrum St. Alexius, Grimbergen.

Doelstellingen en betekenis van de staf-training

Vanaf het begin luidde de afspraak dat de staf-training geen beslissingsvergadering is. Dit betekent dat de nadruk vooral ligt op een cognitieve en affectieve verkenning van bepaalde situaties, in een open klimaat. Op zichzelf kan dit een beslissing voorbereiden, funderen of bemoeilijken, doch de eindbeslissing wordt niet genomen in of tijdens de training, maar wel bv. op de wekelijkse stafbespreking.

Een vraag die men zich zou kunnen stellen is of een staf-training voor al deze professionele hulpverleners niet teveel van het goede is. Om verschillende redenen heeft de training in de werking van een psychotherapeutische afdeling bestaansrecht verworven:

– Reeds in een intensieve relatie tussen één hulpverlener en één patiënt kan het voor de therapeut belangrijk zijn af en toe met iemand te kunnen spreken over wat zich afspeelt in de therapeutische relatie om de eigen blinde vlekken op te sporen. De individuele patiënt kan een eigen onverwerkte problematiek bij de hulpverlener activeren. Zoals in een psychodrama de protagonist ook niet toevallig om het even wie kiest als antagonist bij het doorwerken van een intrapsychisch conflict, zo zal ook een bepaald teamlid gemakkelijker betrokken worden in een bepaald soort problemen met patiënten. De feed-back van één of meerdere teamleden, al of niet met dezelfde functie, kan hierom welkom zijn en correctief werken.

– Wanneer men in een psychotherapeutische gemeenschap werkt, voegen zich daar de relaties met de verschillende teamleden, en de interactie tussen de patiënten nog aan toe. Verschillende mensen zijn met één patiënt bezig. Dit vraagt taakbewustzijn, discipline en loyale collegialiteit.

– Ieder teamlid bekleedt een eigen plaats op de hiërarchische ladder in de organisatie van het ziekenhuis, en heeft een eigen relatie tot de bredere geledingen van het ziekenhuis: directie nursing, administratieve en medische directie.

Door deze aspecten van het werk te kunnen bespreken in het team wordt het eigen aandeel van elk teamlid in bepaalde probleemsituaties beter in kaart gebracht. Het komt de behandeling van de patiënten ten goede, als een teamlid met minder angst terug contact kan opnemen met een individuele patiënt of een groep psychiatrische patiënten, of wanneer de relaties tussen de teamleden verbeterd zijn, of wanneer men zich beter situeert tegenover de directie. (Kortmann, F. A. M., 1979; Berkouwer, A. Y., 1979).

Inhoudelijke aspecten van de staf-training

De deelnemers aan de staf-training zijn het gehele therapeutisch team van de psychotherapeutische gemeenschap, en de trainer. We zetten hen even op een rij: vier-vijf psychiatrisch verpleegkundigen, een hoofdverpleegkundige, een creatieve therapeut, een psychomotorische therapeut, een klinisch-psycholoog-

groepspsychotherapeut, een therapeut voor communicatie-oefeningen, de maatschappelijk werker, een assistent-psychiater, een psychiater-supervisor.

Omtrent de deelname aan de staf-training formuleren we enkele vragen en problemen:

– Moeten stagiaires ingeschakeld worden in een ervaren team dat meer en meer aan opleiding doet? Moeten de stagiaires in de staf-training met de eventuele belasting hierbij, of moeten zij eerder gesuperviseerd worden door hun respectieve opleidingstherapeuten?

– Hoe moet de opvang van nieuwe therapeuten gebeuren die vreemd zijn aan de heersende therapeutische cultuur?

– Moet de supervisor van het team die geen rechtstreeks contact heeft met patiënten, nog blijven komen naar de staf-training, of kan hij de positie innemen van een meer objectiverende observerende buitenstaander, hetgeen in crisissen ook zijn voordeel kan hebben, of nog, een soort catalysator zijn zoals door M. Jones (1976) beschreven, waarbij de functies van supervisor en trainer lijken te vervloeien?

De groep bestaat thans gemiddeld uit een tien à twaalfstal personen, die éénmaal per week bijeenkomen gedurende één uur. Dit gebeurt in een ruimte op de afdeling, op een vast tijdstip, tijdens de werkuren. In de training maken we geen gebruik van rollenspel of specifieke actiemethoden. De trainer wordt niet door de groepsleden betaald, aangezien het binnen zijn werk kadert.

We geven nu enkele thema's weer om een idee te geven van hetgeen aan bod kan komen op een team-training, en welke de functie kan zijn van een staf-training in een psychiatrisch ziekenhuis, waar de psychotherapeutische gemeenschap deel van uitmaakt. Zoals voor de groepspsychotherapie, dienen deze thema's geplaatst te worden in een context van niet-verbale elementen, zoals een stilte, te laat komen, die zeer 'sprekend' kunnen zijn.

– Er wordt gesignaleerd dat patiënten geneigd zijn tijdens de avondlijke uren, als de dagtherapieën voorbij zijn, aan te schuiven bij een verpleegkundige, 'op raadpleging'. Dit roept heel wat reacties los bij de afdelingsdokter, de groepspsychotherapeut en de supervisor. Er ontstaat een discussie over de specifieke taak van de verpleegkundige.

– De creatieve therapeute vraagt zich af hoe zij het best reageert tegenover een mannelijke patiënt die haar door zijn intimiderende taal bedreigt en beangstigt.

– De laatste tijd spreken enkele patiënten erover voortijdig het ziekenhuis te verlaten. Waaraan zou dit liggen?

– Een verpleegkundige weet geen weg met een patiënt die door zijn groep mede-patiënten verworpen wordt, hemzelf irriteert, verveelt en agressief maakt. Toch laat zich bij deze patiënt een grote behoefte aan steun raden. Hoe voorkomen dat zich niet herhaalt wat in het verleden reeds gebeurd is, nl. dat patiënt afgewezen wordt?

– Na een stilte vindt de psychomotorische therapeut dat er meer

nood is aan supervisie dan aan staf-training.

– De hoofdverpleegkundige krijgt van de directie van het ziekenhuis opmerkingen in verband met het acting-out gedrag van patiënten. Hoe dit in de therapeutische doelstellingen voor de patiënten integreren en overbrengen, hoe normeren?

– De groepspsychotherapeut beklaagt er zich over dat twee of meer van zijn patiënten de laatste sessies aan het spijbelen zijn. Hij ziet zelf hiervoor geen verklaring. Ervaren de andere therapeuten deze afwezigheid ook?

– De supervisor verbaast zich erover dat niemand van de andere teamleden iets brengt over de automutilatie van een patiënt, alhoewel dit heel wat spanning moet teweeg gebracht hebben op de afdeling.

– De afdelingsdokter dringt erop aan dat de verpleegkundigen de jongste patiënten nog meer zouden opvangen en begeleiden. Is het model dat tot nu toe voor de behandeling gebruikt werd, niet voor aanpassing vatbaar?

Tot zover een greep uit onderwerpen die aan bod kunnen komen. Samenvattend hebben de thema's betrekking op de interacties binnen het team zelf, de relatie tussen het team en de patiënten, en de verhouding tussen het team van de psychotherapeutische gemeenschap en de structuur van het ziekenhuis.

De rol van de trainer

We geven eerst enkele opvattingen weer uit de literatuur, waarna we beschrijven welke rol de trainer in onze psychotherapeutische gemeenschap inneemt.

De staf-training in een psychotherapeutische gemeenschap zal een ander karakter hebben dan in andere takken van de geneeskunde, zo beklemtoont M. Pines (1979). Dit is het gevolg van de relatieve gelijkwaardigheid in rollen en het model van de wederzijdse participatie in de therapeutische gemeenschap, in vergelijking met de strakkere hiërarchie in andere specialisaties. I. Menzies (1979) onderscheidt vijf doelstellingen voor de trainer in een therapeutische gemeenschap:

(1) de juiste bepaling van de relatie tussen medische en verpleegkundige hiërarchie in een organisatie waar het sociaal systeem tegelijk het instrument is van verandering;

(2) ervoor zorgen dat het beleid een beleidskarakter blijft bewaren en niet al te zeer doorweven wordt met een therapeutische houding van permissieve, non-directieve aard, zonder duidelijk omliggende grenzen en gemis aan trefkracht; een goede afbakening van functies en rollen is noodzakelijk;

(3) erop bedacht zijn dat primitieve conflicten die in de staf opgevoerd worden door de patiënten, kunnen doorgewerkt worden in plaats van geïnstitutionaliseerd en geweerd door een defensie-systeem;

(4) erop letten dat de primaire taak van het team gericht is op de behandeling van de patiënten en niet op de afweer van de eigen

angst;

(5) ervoor waken dat de frustratie van de afhankelijkheidsbehoefte van de patiënten een primaire doelstelling blijft in de behandeling.

Dit laatste wordt door andere auteurs zoals R. O'Day, en P. M. Turquet (1978) evenzeer beklemtoond.

Tot de eerste taak van de trainer zou behoren de groei van de teamleden te bevorderen door een evenwicht te behouden tussen cognitief begrijpen en zich emotioneel engageren (Hawkins, 1978).*

De gevaren voor de trainer zijn:

- te directief zijn;
- te veel informatie geven;
- te klinisch zijn;
- persoonlijk er teveel in betrokken zijn;
- frustratie en sukkelen nemen voor leren;
- zijn macht vergeten.

A. Mawson (1978) geeft aan dat ethische kwesties, normen en waarden een moeilijk thema zijn in de trainingsgroep, maar toch niet mogen worden uit de weg gegaan. Evenzeer dient de trainer met zichzelf in het reine te zijn met autoriteit, verantwoordelijkheid en macht. P. M. Turquet (1978), de theorie van Bion volgend, vraagt van de groepsleider van een gesofistikeerde trainingsgroep op het werk, dat hij de primus inter pares zou zijn, in tegenstelling tot de traditionele leider of directeur, die alles op zijn schouders neemt en anderen uitschakelt.

Het is de taak van de trainer een bewaker te zijn van de primaire taken van de groep, namelijk de behandeling van de patiënten. Hij zoekt ook hoe hij de individuele vaardigheden van elk groepslid kan ontwikkelen en hoe hij de relatie van elk lid tot de primaire taak kan laten evolueren.

We kunnen een zekere evolutie merken in de wijze waarop de staf-training in onze psychotherapeutische gemeenschap geleidelijk gestalte kreeg.

De eerste vergaderingen waren eerder verkennend, namelijk een afbakening van het domein en het bepalen wie eraan zou deelnemen. Het gespreksthema werd het contact in brede zin met de patiënten, niet zozeer de meer persoonlijke moeilijkheden uit het privé-leven van de deelnemer. Zo vormde men na verloop van tijd een groeigroep, waar men terecht kon om vragen en spanningen door het werk meegebracht te berde te brengen. Het vertrouwen bracht ook mee dat discussies tussen teamleden en het bespreken van eigen falen deel gingen uitmaken van wat toen de 'sensitivity-training' genoemd werd.

De rol van de trainer was en is veelal uitgenodigd, maar hij is er

* 'What is of crucial importance is some form of in-service training which provides spaces within the involvement, when the trainee can temporarily remove himself from the intense pressures of community life and stand back and reflect on what's happening'.

zich toch steeds van bewust dat hij moet voorkomen dat personen in de groep overrompeld worden door emoties die niet zouden beheerst kunnen worden. Toch zijn er in vergelijking met de beginperiode ook verschillen in stijl aan te geven. De tussenkomsten van de trainer waren bij de aanvang meer directief, activerend, structurend, verhelderend, en ook talrijker. Men was als trainer meer geneigd bv. om een lange stilte te doorbreken, een sessie samen te vatten, of een verband te leggen tussen twee trainingssessies. Dit is thans veel minder het geval, en men stelt vast hoe regulerend de groep zelf is, er wordt steeds weer een evenwicht gevonden. Een voorbeeld kan dit illustreren. Een teamlid insisteert dat onmiddellijk ernstige maatregelen genomen moeten worden in verband met het acting-out gedrag van een patiënt. In plaats van als trainer dit op de schouders te nemen om de context van deze vraag te exploreren, neemt de groep dit over en zoekt zelf een stellingname. Een extreem, heel emotioneel geladen voorstel van een groepslid wordt zelden door de groep in die vorm aangenomen. Meestal wordt de voorgestelde oplossing, zonder enige interventie van de trainer, genuanceerd en gefilterd door de groepsleden zelf.

De taak van de trainer beperkt zich thans meer tot enkele categorieën van tussenkomsten, zoals:

- het betrekken van teamleden in de bespreking van een thema;
- het verhelderen van de afbakening van een functie en de verantwoordelijkheid;
- ervoor zorgen dat elk teamlid zich op dezelfde wijze engageert ongeacht zijn functie, met dezelfde mate van openheid of geslotenheid;
- een huidige oplossing voor een probleem in verband brengen met een vroegere.

Een ander belangrijk facet in de rol van de trainer lijkt ons zijn relatie te zijn tot de teamleider of supervisor.

In onze psychotherapeutische gemeenschap werd de trainer telkens aangezocht door de teamleider, voor één specifieke taak: het begeleiden van de emotionele aspecten van het teamwerk, namelijk het sociotherapeutisch en psychotherapeutisch behandelen van een relatief grote groep psychiatrische patiënten. Dit betekent dat niet iemand die extern was aan het team, zoals de directie van het ziekenhuis of de medische directie, de trainers aanstelt, maar de teamleider zelf. De trainer is vrij dit op zich te nemen, eventueel na een tijd ermee te stoppen.

De teamleider kan desgewenst de trainer bedanken voor zijn diensten, de staftraining laten vallen en overgaan naar een andere formule zoals intervisie. Dat er op de psychotherapeutische gemeenschap überhaupt een staftraining plaats vindt is dus een beslissing van de supervisor. Vanuit de positie van de trainer nu, zal van hem verwacht worden loyaal te zijn en de teamleider, zoals de andere teamleden in zijn functie te respecteren. Dit sluit vanzelfsprekend niet uit dat bepaalde aspecten van de functie van de supervisor bespreekbaar moeten kunnen gesteld worden, evenzeer de relatie trainer-teamleider. In de staftraining zal dan anderzijds

aan de teamleider gevraagd worden zich congruent te engageren zoals de andere teamleden, vanuit zijn functie, en de autoriteit van de trainer in de staftraining te aanvaarden.

Sensitivity-training, permanente staf-training en groepspsychotherapie

Aanvankelijk noemden we de staf-training een sensitivity-training. Deze opvatting werd verlaten, gezien het permanente karakter van de training, in vergelijking met de klassieke sensitivity-training die een beperkte interventie is in de tijd.

Welke zijn de verschillen tussen een trainingsgroep en de groepspsychotherapie? Is het nodig een onderscheid tussen beide te maken? Op de laatste vraag zijn we geneigd positief te antwoorden, maar de literatuur is vaak contradictorisch op dit gebied:

Gelijkenissen en verschillen tussen sensitivity-training en groepspsychotherapie worden in de literatuur regelmatig vermeld (A. Janssens, 1975).

Volgens sommigen is sensitivity-training geen therapie, aangezien het gedragsniveau dat onderzocht wordt in beide groepen verschilt. In de T-groep blijft de meeste feed-back op het vlak van de onmiddellijke ervaring en/of het waarneembare, die nooit verder gaan dan het voorbewuste. De feed-back blijft op het niet-evaluatieve beschrijvende vlak en is niet psycho-analytisch. De gelijkenissen tussen beide zijn de mogelijke veranderingen in het menselijk gedrag, de waarden en instellingen.

Volgens Lakin (1976) kan sensitivity-training groepstherapie zijn, maar dat is niet noodzakelijk, en gewoonlijk ontkennen de trainers dat zij groepstherapie doen. In de sensitivity-training zou het eerder gaan om een vorm van leren en opvoeden, eerder dan om psychotherapie. De training zou meer terug gaan op de sociale psychologie dan op de psychiatrie; er zou meer nadruk zijn op de problemen binnen de groepen en organisaties dan op het vlak van de individuele pathologie. Sensitivity-training kan enkel gelijkgesteld worden met therapie in zover zij:

- de visie op persoonlijke problemen en verhoudingen tracht te beïnvloeden;
- onaangepast of onbevredigend gedrag probeert te veranderen;
- corrigerende emotionele ervaringen wil geven.

Herhaaldelijk komt tot uiting dat een essentieel verschil tussen beide groepen teruggaat op de doelstellingen in verband met verandering en ontwikkeling.

Voor de sensitivity-training liggen de doelstellingen op het niveau van:

- (1) het individu in zijn organisationele rol;
- (2) het in stand houden van de organisatie;
- (3) de prestatie van de organisatie.

Voor de groepstherapie ligt de doelstelling op het vlak van de individuele, persoonlijke verandering en ontwikkeling. Het ligt voor de hand dat het realiseren van de doelstellingen op het ene

niveau bv. het individu in de organisationele rol, gevolgen kan hebben op een ander niveau, bv. het persoonlijke. Hetzelfde verschil in doelstelling vermelden M. Zinberg en M. Friedman (1967). Volgens hen is het nodig het onderscheid in het oog te houden tussen de therapeutische doelstellingen en technieken van een therapie-groep enerzijds en de opvoedkundige doelstellingen en technieken van een training-groep. Dat onderscheid is vooral belangrijk als het gaat om een setting waar de leden van de groep moeten samenwerken.*

Volgens deze auteurs zijn de gelijkenissen tussen de groepsprocessen in de training en therapiegroepen relatief. Individuele persoonlijkheidsfactoren hebben een grote invloed op het niveau van de regressie, op de vooruitgang in de ontwikkeling van de groep, en op het nut van de groep als een bron van leren en therapie. De training-groep laat een omschreven deel van het 'zelf' aan bod komen, waarvan de grootte bepaald wordt door de context van de groepse moties. Dit kan dan wel een betekenisvolle component zijn van het totale zelf.

Hetzelfde onderscheid tussen training-groep en groepspsychotherapiegroep naargelang de intimiteit tussen de groepsleden en het hanteren ervan in het groepsproces, wordt aangegeven door C. E. Feltmann (1972) wanneer hij het onderscheid maakt tussen het elkaar 'bereiken' in de groep, en het mekaar 'ontmoeten'. In het 'bereiken' maakt het ene groepslid kenbaar aan de ander welke persoonlijke belevingen het waarneembaar gedrag van de ander opwekt. Dit soort feedback is wezenlijk voor samenwerking. Het 'ontmoeten' is gekenmerkt door intimiteit, vriendschap en liefde. Ontmoetingen geschieden dan volgens Feltmann ook het best buiten de training-groep. Men kan zich evenwel voorstellen dat vriendschapsrelaties in de groepspsychotherapie in plaats van geweerd uit de bespreking, juist het voorwerp uitmaken van exploratie.

In tegenstelling dus tot de therapie-groep zijn in de training-groep individuele en persoonlijke zaken van belang om de ganse groep te deblokkeren, terwijl zij in de therapie-groep daarentegen centraal kunnen staan. In beide groepen echter gaat het er om de emotionele blokkade tegen het leren op te heffen, en het is zeer de vraag in hoever de technieken om deze weerstanden op te heffen verschillen tussen training en therapiegroepen.

In de permanente staf-training zal dus rekening moeten gehouden worden met een mogelijke incompatibiliteit tussen het exploreren

* 'The discussion about feelings of intimacy and the nature of the pairing relationship presents a point of departure between the therapeutic and training group approach. In the training group the pairing relationships and the underlying feelings were noted only in so far as they clarified the developments of the group formative process and affected the learning situation while, in the therapy group, the pairing relationships were extensively explored when sufficient trust and understanding among the members had been established, so that the potentiality for destructive acting out after the sessions was not as great (...)'

van meer intieme persoonlijke problemen, het duiden van karakterweerstand met aanraken van intra-psychische conflicten enerzijds, en het werken met elkaar buiten de staf-training anderzijds. Het lijkt evident dat de doelstelling van de staf-training in elk geval het beter therapeutisch functioneren blijft en niet therapie voor de teamleden. Dit onderscheid vervalgt grotendeels in het sociaal model van M. Jones (1976). Volgens M. Jones zijn psychische stoornissen sociale stoornissen. De polariteit tussen interactieel, interpersoonlijk en intrapsychisch is ook minder scherp binnen het theoretisch model van Foulkes (1975), die de groep ziet als een transpersoonlijk netwerk. Deze auteur hanteert vooral de doelstelling van het bewust maken van onbewuste communicaties, waarbij de afgrenzing tussen het interpersoonlijke en intrapsychische enigszins vervalgt.

Om het onderscheid tussen permanente staftraining en groepspsychotherapie aan te geven dient nog gewezen te worden op een formeel aspect. De staftraining dient gezien te worden als een half-open groep. Dit betekent dat de samenstelling van de trainingsgroep aan verandering onderhevig is. Bij het begin van een nieuw academisch jaar vertrekt een psychiater in opleiding en komt er een nieuwe het team versterken. Dit brengt steeds een gedeeltelijke heropbouw en herschikking van het team met zich mee. Daarenboven is er binnen het team, en vooral bij de groep van de psychiatrische verpleegkundigen een zekere mobiliteit of turnover. Dit heeft tot gevolg dat de permanente staftraining in de loop van haar ontwikkeling niet alleen twee trainers heeft gekend, maar ook een heel aantal nieuwe team-leden. Deze situatie is verschillend van een langdurige groepspsychotherapie van het gesloten type. Tenslotte herhalen we hetgeen hierboven reeds werd vermeld, namelijk dat de staftraining steeds een extern doel heeft. De staftraining is een vergadering op het werk, in functie van een optimalisering van de primaire taak van de staf van de psychotherapeutische gemeenschap. Het doel daarentegen van de groepspsychotherapie is volledig intern en binnen de groep zelf gelegen. Dat juist in een therapeutische gemeenschap het gevaar bestaat voor een te grote vervaging van rollen en functies, en een te grote 'Wendung nach innen', beschrijft ook H. K. Rose (1981).

Besluit

Na tien jaar ervaring met een wekelijkse staf-training in een psychotherapeutische gemeenschap lijkt het zinvol te zijn op die manier aandacht te geven aan de emotionele aspecten van de samenwerking.

De doelstelling van een dergelijke training dient zo duidelijk mogelijk geformuleerd te worden, in het licht van de primaire taak van de psychotherapeutische gemeenschap. Hierbij is het onderscheid tussen training en groepspsychotherapie belangrijk:

Het objectiveren van het effect van een dergelijke staf-training is niet gemakkelijk. Het is onze bedoeling dit te pogen via een beperk-

te reeks open vragen aan de deelnemers van de training. Dit zal toelaten het proces-karakter van de staf-training, en aansluitend de ervaring van alle teamleden te waarderen en te evalueren.

Literatuur

- Berkouwer, A. Y. (1979) Symbiose en fragmentatie van psychiatrische behandelteams, en hun invloed op de patiëntengroep. *T. Psychiat.*, 21, 76-92.
- Feltmann, C. E. (1972) *Organisatie-ontwikkeling (o.o.)*. Pleidooi voor een ethische, maatschappelijke en agogische benadering van o.o. Odijk, Instituut voor groeps- en organisatiepsychologie (IGOP), 1972, p 21. Cit. in: G. de Cock, *Organisatiepsychologie. Psychologie van organisaties in ontwikkeling*, p. 123, Leuven, Acco, 1976.
- Foulkes, S. H. (1975) *Groupanalytic psychotherapy*, Gordon & Breach, Londen
- Hawkins, P. (1979) Staff-training in therapeutic communities: the relationship of supervision to self-learning. In: Hinshelwood, R. D. en Manning, M. (Eds), *Therapeutic communities. Reflections and progress*, p. 222-227.
- Janssens, Agnes (1975) *Sensitiviteits-training sinds 1946, een literatuurstudie*. Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling, KU Leuven. (Promotor: Prof. G. De Cock) p. 26.
- Jones, M. (1976) *Maturation of the therapeutic community*, Human Science Press, New York.
- Kernberg, O. (1967) Borderline Personality Organization. *J. Am. Psychoanalyt. Ass.*, 15, 641-685.
- Kortmann, F. A. M. (1979) Spanningen tussen psychotherapie en sociotherapie. *T. Psychiat.*, 21, 361-372.
- Lakin, M. (1976) *Sensitiviteits-training*. Het Spectrum, Antwerpen. Cit. in: Duron, W., *Sensitiviteits-training: interne en externe analyse*. Niet gepubliceerde licentiaatsverhandeling, K. U. Leuven, 1978 (Promotor: Prof. G. De Cock) p. 114.
- Mawson, A. (1979) The role of the consultant in a therapeutic community. In: Hinshelwood, R. D. en Manning, N. (Eds.). *Therapeutic communities. Reflections and progress*, p. 167.
- Menzies, Isabel (1979) Staff support systems: task and anti-task in adolescent institutions, In: Hinshelwood, R. D., en Manning, N. (Eds.), *Therapeutic communities. Reflections and progress*, p. 197-207.
- O'Day, R. (1978³) The T-group Trainer: A study of conflict in the exercise of authority. In: Gibbard, G. S. et al. (Eds). *Analysis of groups*, p. 387-410.
- Pines, M. (1979) Therapeutic communities in teaching hospitals. In: Hinshelwood, R. D. en Manning, N. (eds), *Therapeutic communities. Reflections and progress*, p. 197-207.
- Rose, H. K. (1981) Grundfragen therapeutischer Teamarbeit in der Psychiatrie, *Psychiat. Prax.*, 8, 87-94.
- Turquet, P. M. (1978³) Leadership: The individual and the group. In: Gibbard, G. S. et al (Eds). *Analysis of groups*, p. 349-371.
- Verhaest, S. en Pierloot, R (1974) Vormen van klinische groepstherapie, *Tijdschr. voor Geneesk.*, 24, p. 1135-1142.
- Zinberg, M. en Friedman, M. (1967) Problems in working with dynamic groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 17, 447-456, Cit. in: Kaplan, S., *Therapy groups and training groups: similarities and differences*, in: Gibbard, G. S. et al (Eds), *Analysis of groups*, London, 1978, p. 111, 123-125.