

Onmacht en reddersfantasieën. Teamproblemen rond poliklinische traumabehandeling
Groep Psycho Therapie, 2001, 35, 177-186

Marijke Baljon

"At an existential level, the paradoxical interplay of destructive and creative forces in the group deepens the awareness and acceptance of the natural flux of life with its inevitable frustrations and contradictions and reduces the belief in idealised and unitary solutions" (Nitsun 1996, pagina 63).

Samenvatting

Dit artikel is gewijd aan de disfunctionele groepsprocessen die optraden in een ambulante behandelteam, en de remedie die gevonden werd. Het gaat om de behandeling van ernstig getraumatiseerde patiënten binnen een psychiatrische polikliniek. Het team wordt beschreven als een conglomeraat van subteams met een sterke personencultuur. Rond trauma en dissociatie trad splitsing op langs lijnen van reddersfantasieën en machteloosheid. Het team kon hierdoor onvoldoende containment bieden aan medewerkers, die met deze patiënten geconfronteerd werden. Door instelling van een traumacommissie bleek het mogelijk om deze ontwikkeling te keren en te komen tot constructieve en realistische samenwerking. Dit proces wordt beschreven met behulp van het concept anti-groep, ontwikkeld door Nitsun (1996). Volgens hem is het herkennen en containen van onderliggende agressie en angst van fundamenteel belang voor het activeren van de constructieve mogelijkheden van een groep.

Inleiding

Het is algemeen bekend, dat de behandeling van in de jeugd chronisch getraumatiseerde mensen veel vraagt van de hulpverlener. Een goed steunsysteem, zowel professioneel als persoonlijk, wordt aangeraden om te voorkomen dat men afbrandt (van Gael 1998, Donk en de Ridder 2000).

We spreken van traumagerelateerde problematiek, als we weten of vermoeden dat de persoon is blootgesteld aan angstige ervaringen, die zijn of haar psychologisch integratievermogen te boven gaan. Voorbeelden zijn seksueel misbruik en het blootstaan aan rampen of

oorlogsomstandigheden. Mensen die als kind chronisch getraumatiseerd zijn, zijn hierdoor in hun persoonlijkheid geschaad. Herman (1992) beschrijft, hoe bij deze patiënten de reacties op mensen in een gezagspositie zijn vervormd door de extreme angst die zij ervaren hebben. De interpersoonlijke veranderingen hebben gevolgen voor de werkrelatie met de therapeut. Het thema macht-onmacht is voor de therapeut in het contact voelbaar aanwezig. De therapeut kan afwisselend ervaren worden als een almachtige redder en als een onmachtige toeschouwer die agressie oproept. Wilson en Lindy (weergegeven door Donk en de Ridder 2000) vonden in onderzoek naar reacties van hulpverleners op trauma twee cognitieve copingstijlen. De ene stijl is counterfobisch, vermijdend en afstandelijk. In extreme vorm leidt dit tot het afschuiven van de problemen op de patiënt, die zou ageren. De andere stijl wordt gekenmerkt door grote betrokkenheid. Deze hulpverleners lopen het risico over de eigen grenzen te gaan en de verantwoordelijkheid over te nemen. Als het goed gaat in een team vullen de verschillende copingstijlen elkaar aan en helpt de onderlinge dialoog medewerkers om een middenpositie in te blijven nemen. Door de heftigheid van de emoties die de cliëntèle oproept, kunnen echter ook gemakkelijk conflicten ontstaan waarbij men elkaar over en weer beschuldigt van afstandelijkheid dan wel overbetrokkenheid. In groepsanalytische termen is er dan sprake van splitsing van het team ten gevolge van een parallelproces (Donk en de Ridder 2000).

Teamprocessen in een psychiatrische polikliniek

De hardnekkigheid van disfunctionele processen in teams is vooral vanuit groepsdynamisch, groepsanalytisch perspectief onderzocht. Deze processen worden beschouwd als afweer van onbewuste angsten. Menzies Lyth heeft al in 1959 beschreven, hoe in een algemeen ziekenhuis de angst die optreedt bij de confrontatie met ernstig zieke mensen niet besproken wordt, maar bestreden door starre structuren en procedures. De prijs die betaald wordt is hoog ziekteverzuim en voortijdig vertrek van medewerkers, waarbij opviel dat juist veel van de begaafde leerlingverpleegsters voortijdig vertrokken. Nitsun (1996) geeft een theoretische onderbouwing van de invloed van angst en agressie op het functioneren van groepen. Deelname aan groepen roept enerzijds angst op door de aanslag die gedaan wordt op de individualiteit, terwijl tegelijkertijd groepsdeelname steunend kan zijn door het doorbreken van eenzaamheid. Wanneer er ernstige psychopathologie in en op de groep geprojecteerd wordt, kunnen gewone

groepsaspecten die agressie oproepen, een bedreiging vormen voor de integriteit van de groep. Versturende invloeden van buitenaf kunnen er toe bijdragen, dat de leider van de groep de agressie niet meer kan containen. Een groep kan dan kenmerken van de 'anti-groep' gaan vertonen: onproductieve regressie, overlevingsangst, gebrekkige communicatie, projectieve identificatie, afgunst, destructieve agressie en interpersoonlijke verwarring. Nitsun benadrukt de helende mogelijkheden van de dynamiek tussen destructieve en constructieve processen in groepen, wanneer de destructieve verschijnselen tijdig herkend en bewerkt worden.

Handy onderscheidt vier typen organisatieculturen, die onder meer worden weergegeven door Haverkamp (1999) en ten Bos en van der Ham (1994). Een machtscultuur wordt gekenmerkt door de centrale positie van een leider. Er zijn weinig regels, bij onzekerheid wordt de leider geraadpleegd. In een rollencultuur zijn er juist veel regels en voorschriften, waardoor de organisatie stabiel en voorspelbaar is. In een takencultuur staan taakgerichtheid en professionaliteit centraal. De leden van de organisatie vertrouwen op de expertise van henzelf en hun collega's. Een moeilijkheid is dat de individuele specialisten vaak hun eigen doelen hebben, die niet altijd sporen met de doelen van de organisatie als geheel. Door het vormen van teams probeert de leiding de individuele capaciteiten van medewerkers dienstbaar te maken aan het algemene doel. De macht is in een dergelijke organisatie niet verbonden met posities, maar ligt verspreid over de gehele organisatie. In een personencultuur gaat het om het individu en zijn professionele deskundigheid; er is veel vrijheid voor personen, waardoor het geheel neigt naar een los-zand-structuur. De kracht zit in de sterke motivatie van de medewerkers. Beroepscode spelen een grote rol. Het veranderingspotentieel zit in de stimulansen van de professional op zijn specifieke gebied. Vooral hoogopgeleide mensen hebben een voorkeur voor dit cultuurtype. Binnen een takencultuur werken vaak mensen die de organisatie meer in de richting van een personencultuur zouden willen sturen. Binnen een Riagg- of polikliniekteam wordt het spanningsveld tussen een takencultuur en een personencultuur veel aangetroffen. Er is vaak sprake van een conglomeraat van subteams, waarbij een hiërarchie tussen de teams zoveel mogelijk wordt vermeden. De medewerkers zijn hoog opgeleid en hechten sterk aan hun professionele autonomie. Er is weinig onderlinge afhankelijkheid bij de uitvoering van behandeltaken. Het belang van de teamstructuur voor de ondersteuning van de individuele medewerker blijft daardoor buiten beeld. Groepsverschijnselen doen zich wel voor, maar in

verhulde vorm. Er wordt zelden openlijk aandacht aan besteed. Men spreekt er hooguit over in de beslotenheid van een intervisiegroep of met een vertrouwde collega.

Praktijkvoorbeeld

De psychiatrische polikliniek waar hier sprake van is, heeft een multidisciplinair samengestelde vaste behandelstaf van ruim 20 medewerkers. Daarnaast werken er gemiddeld 10 collegae in opleiding, zoals co-assistenten (3 weken), psychologie-stagiaires en arts-assistenten in opleiding tot psychiater (9-12 maanden), gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten in opleiding (1-4 jaar). Deze opleidingen krijgen werkbegeleiding en supervisie van de vaste medewerkers binnen het team. Bij dit poliklinisch team wordt een breed scala aan problematiek aangeboden. In principe heeft iedereen die zich meldt of heeft laten verwijzen recht op een grondige intake en daarna, indien geïndiceerd, een adequate behandeling. In een instelling met een brede opleidingstaak worden veel van de contacten met patiënten uitgevoerd door opleidingen onder supervisie. De behandelcoördinatie wordt uitgevoerd door een psychiater of assistent-psychiater, die ook de intake doet. Deze verzorgt naast het medicatiebeleid de interne en externe contacten rond de patiënt. Deze functie wordt regulator genoemd (Pols 1987). Medewerkers staan in een complexe functionele relatie tot elkaar. De arts-assistent, die van een psychotherapeut supervisie krijgt over een psychotherapie, is tegelijkertijd regulator van ander patiënten, die deze psychotherapeut behandelt. Duidelijke afspraken over de afbakening van rollen, vastgelegd in een dienstboek, een sterk besef van individuele verantwoordelijkheid voor de eigen behandeling en een grote bereidheid om de opleidingen steeds weer uit te leggen hoe de lijnen lopen, maken dat het geheel goed functioneert. De groepsstructuur van het team wordt gekenmerkt door het grote gemak waarmee de steeds wisselende medewerkers in opleiding worden opgenomen en ingewerkt. De vaste stafmedewerkers hebben een hoog opleidingsniveau en hechten sterk aan hun autonomie. De prijs voor deze autonomie is een zeker isolement. Het focale conflict tussen de behoefte aan autonomie en de angst voor isolement wordt bij voorkeur opgelost door informeel overleg en contacten in de wandelgangen. Verschillen van inzicht over bijvoorbeeld de mate waarin somatische klachten psychisch bepaald kunnen zijn, nieuwe diagnoses als ADHD bij volwassenen, pillen versus praten, worden wel uitgewisseld, maar leiden niet tot wezenlijke conflicten, doordat de autonomie van elke behandelaar gerespecteerd wordt. Deze psychiatrische

polikliniek functioneert goed, in de zin dat binnen duidelijke werkafspraken patiënten werden onderzocht en behandeld. Problemen en wrijvingen worden in overleg opgelost. Het ziekteverzuim schommelt al jaren rond de 4%.

Er was echter vanaf de jaren '80 één onderwerp waarbij deze structuur conflicten niet kon voorkomen of oplossen, en dat was trauma en dissociatie. Een factor daarbij was dat enkele medewerkers, zowel vanuit de psychotherapie als de psychiatrie een specifieke affiniteit voor deze patiënten ontwikkelden en door hun groeiende deskundigheid specifieke verwijzingen kregen, die ze door tijdgebrek niet allemaal zelf konden behandelen. Ze deden daarom een beroep op het team om de deskundigheid en behandelmogelijkheden voor deze patiënten uit te breiden. In dezelfde periode werd in de samenleving seksueel misbruik als wijdverspreid verschijnsel herontdekt en waren er heftige discussies over de relevantie van dissociatieve stoornissen en hervonden herinneringen. Deze discussie werd in volle hevigheid gevoerd binnen de polikliniekstaf, waarbij een splitsing optrad tussen pleitbezorgers van intensieve behandeling en degenen die de problematiek sterk relativeerden. De polarisatie betrof zowel de mate waarin vroege traumatisering een essentiële rol speelt bij de aangetroffen pathologie als de behandelmogelijkheden. In de wandelgangen werd er stevig op elkaar afgegeven en werd de tegenstelling tussen personen als oorzaak van de machteloos makende gang van zaken aangemerkt. Als (groeps)psychotherapeut binnen dit team, die incidenteel wel eens met de gevolgen van seksueel trauma werkte, maar zonder bijzondere affiniteit met deze patiëntengroep, voelde ik me bij geen van de kampen thuis en kreeg ik een grote aversie tegen de zich steeds herhalende vruchteloze discussies. Er kwam een omkering in mijn denken, toen ik me realiseerde dat het niet ging om wie van de partijen de waarheid in pacht had, maar om een teamprobleem, dat dus ook om teamoplossing vroeg. Het focale conflict model (Whitaker en Lieberman 1964) was daarbij behulpzaam. De heftige gevoelens die door de problematiek werden opgeroepen, leidden bij medewerkers tot een onbewust conflict tussen onmacht versus reddersfantasieën met als beperkende oplossing splitsing. Deze oplossing was beperkend, omdat de werkelijke angsten en behoeften niet onderkend werden. De gedachte kwam toen bij me op dat door praktisch samen te werken rond deze moeilijke patiënten fantasieën over de (on)mogelijkheden van behandeling aan de realiteit getoetst zouden kunnen worden. Er zou daardoor een werkgroep kunnen ontstaan

in plaats van een basisovertuiging, in de zin van Bion.

Er is altijd schaarste aan behandel mogelijkheden, juist voor patiënten met complexe problematiek die om specifieke deskundigheid en een lange adem vragen. Dit legt grote druk op zowel de onervaren medewerkers, waarbij patiënten ondergebracht worden in afwachting van specifieke behandeling, als op de in deze behandeling gespecialiseerde psychotherapeuten, die de druk van de wachtlijst voelen. De supervisoren van de eerstgenoemde groep delen mee in de ervaren machteloosheid van de opleidingen. Voor de hand liggende copingmechanismen zijn voor hen: relativeren, beperkte doelstellingen voorstellen en druk uitoefenen op de ervaren psychotherapeuten om betreffende patiënten snel in behandeling te nemen. De opleiding staat onder invloed van het sterke appèl dat de patiënt doet en brengt de casus in in het teamoverleg. De in trauma gespecialiseerde collegae zien allerlei behandel mogelijkheden, als er maar meer tijd, mankracht en deskundigheidsbevordering ter beschikking zou zijn. Dit behandeloptimisme wordt gekleurd door reddersfantasieën, die bedreigend zijn voor de medewerkers in de sociale psychiatrie: psychiaters, spv-ers, opleidingen. De laatstgenoemden moeten het contact aangaan met patiënten die enerzijds te angstig zijn om aan verandering te werken, maar anderzijds wel een sterke lijdensdruk vertonen en van de psychiatrie de oplossing verwachten, terwijl de psychotherapeuten een wachtlijst hanteren. Omdat medewerkers zichzelf onmachtig voelen, maar tegelijkertijd niet voor ondeskundig aangezien willen worden, is devaluatie van de traumadeskundigen een groepsoplossing. De traumadeskundigen komen daardoor in een geïsoleerde positie. De inhoudelijke discussie gaat dan bijvoorbeeld over de mate waarin dissociatie en dan vooral de dissociatieve identiteitsstoornis een relevante diagnose is, over de mate waarin trauma een rol speelt, of dat er meer sprake is van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Gelovigen staan tegenover ongelovigen, directief therapeuten tegenover psychoanalytici, en zo voort. Onderliggend is het focale conflict onmacht versus reddersfantasieën, met als oplossing splitsing. In termen van Bion is er sprake van een vecht/vlucht basisovertuiging. Een team schiet in deze situatie fundamenteel tekort in het bieden van steun aan de collegae aan wie de betreffende patiënten zijn toevertrouwd. De relatief onervaren collegae blijven in verwarring en de gespecialiseerde collegae worden geïsoleerd. De kwaliteit van de patiëntenzorg wordt daardoor ondermijnd.

De traumacommissie

In klinische teams wordt bij teamproblemen vaak een deskundige van buiten aangezocht om het conflict op groepsniveau op te lossen. Dit vraagt de bereidheid van alle teamleden om hun aandeel in de interacties onder ogen te zien en een besef dat de cohesie in het team een essentiële voorwaarde is om de behandeltaak te kunnen verrichten. In een poliklinisch team, waarin de individuele autonomie van de medewerker belangrijker wordt geacht dan het functioneren als team, is deze bereidheid niet te verwachten. Het zoeken was naar een oplossing die paste in de polikliniekstructuur en tegelijkertijd recht deed aan het onderliggende groepsconflict. Ik heb toen het voorstel gedaan om het probleem te delegeren aan een aparte commissie. Dit werd direct aangenomen. Kennelijk was de spanning in het team dusdanig opgelopen, dat men bereid was naar oplossingen te zoeken. Nitsun (1996) beschouwt dit als de constructieve werking van de anti-groep. Er komt energie uit voort om creatief naar een groepsoplossing te zoeken, die recht doet aan het werkelijke probleem. Begin 1995 werd er een traumacommissie ingesteld, die als opdracht kreeg om te inventariseren hoeveel ernstig getraumatiseerde patiënten in behandeling waren, waar de knelpunten lagen en om beleid te ontwikkelen. De indicatiestelling voor intensieve behandeling moest via deze commissie gaan lopen. Bij de samenstelling werd er voor gezorgd dat de verschillende gezichtspunten binnen de commissie vertegenwoordigd waren. Vertegenwoordigd werden de drie psychotherapeutische hoofdrichtingen, de disciplines psychiater, psychotherapeut en sociaal psychiatrisch verpleegkundige, mannen en vrouwen, zowel gedreven traumatherapeuten als meer relativerend ingestelde collegae. De commissie werd samengesteld uit vier leden: een psychiater, twee psychotherapeuten en een spv-ster. Binnen de beslotenheid van deze commissie bleek het mogelijk om de discussie constructief te voeren en tot een samenwerkingsmodel te komen, dat hieronder beschreven wordt. Elke stap in het proces werd uitvoerig met de polikliniekstaf als geheel besproken, waardoor er draagvlak gecreëerd werd voor het ingezette beleid. In de organisatie heeft de traumacommissie een plaats gekregen vergelijkbaar met de indicatiecommissie psychotherapie. Dat wil zeggen dat zij naast het algemene polikliniekoverleg functioneert.

Bespreking van patiënten

Nadat in de eerste fase een inventarisatie is verricht van het voorkomen van trauma en dissociatie bij de populatie, die op dat moment in behandeling was en de knelpunten, die zich daar bij voordeden, is in de praktijk het bespreken van patiënten de belangrijkste taak van de traumacommissie geworden. Ze komt sinds 1995 eens per 14 dagen bijeen en kan dan in principe twee patiënten uitvoerig bespreken. Elke behandelmedewerker kan in elk stadium van de behandeling een patiënt voor bespreking aanmelden. Er wordt naar gestreefd, dat behalve de vaste leden van de commissie iedereen die bij de behandeling betrokken is bij de bespreking aanwezig is, met name ook de regulator als behandelcoördinator. Deze dient er voor te zorgen, dat gegevens vanuit een uitgebreid psychiatrisch onderzoek beschikbaar zijn, aangevuld met de scores op schriftelijke zelfrapportagelijsten. De regulator vult op grond van deze gegevens een checklist in, die hier speciaal voor is ontwikkeld. Gegevens over de patiënt worden daarin geordend onder de hoofdstukken: personalia, hulpvraag, actueel psychiatrisch beeld, speciale punten ten aanzien van trauma en dissociatie, persoonlijkheid, vragenlijstgegevens, hier-en-nu situatie. Na de bespreking worden nog ingevuld: besluit over diagnostiek en/of zorgplan, uitvoeringsaspecten en de prognose. In de checklist zijn klassiek psychiatrische uitgangspunten, psychodynamische overwegingen en het dissociatiemodel verwerkt. Bij de opstelling van de checklist is uitdrukkelijk gezocht naar consensus binnen de polikliniekstaf, door deze met de staf als geheel te bespreken. Als er tijdens de bespreking te veel onduidelijkheid over de diagnostiek blijkt te zijn om tot een behandelbeleid te komen of indien psychotherapie wordt overwogen wordt de patiënt onderzocht door een daartoe geschoold psychotherapeut met behulp van een SCID-D interview (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociated Disorders, Steinberg e.a. 1993). Na dit onderzoek volgt opnieuw bespreking in de traumacommissie en wordt er een behandelbeleid vastgesteld. De verantwoordelijkheid voor dit beleid blijft berusten bij de regulator. Evaluatie van de werkwijze vindt plaats door middel van een eenvoudig vragenlijstje, dat de regulator een half jaar na de bespreking krijgt toegestuurd. Daarbij wordt met name gevraagd of het afgesproken beleid voldoet en of herbespreking wenselijk is.

Beschouwing

Twee factoren maken dat een polikliniekteam bij de behandeling van getraumatiseerde patiënten

meer op de proef wordt gesteld dan bij andere diagnoses, die discussie oproepen, als bijvoorbeeld het chronisch vermoeidheidssyndroom. Enerzijds zijn er de heftige gevoelens die getraumatiseerde patiënten induceren bij hulpverleners. Anderzijds is de problematiek vaak te complex om door een enkele hulpverlener behandeld te worden en wordt er dus een sterker beroep gedaan op samenwerking. Essentieel bij de behandeling van ernstig getraumatiseerde patiënten is dat ze geholpen worden hun angstige innerlijke ervaringen te verdragen. Deze hulp kan alleen maar geboden worden als de hulpverlener in staat is deze ervaringen te containen. Hiertoe moet hij of zij beschikken over een innerlijk model om de ervaringen van de patiënt te begrijpen, te structureren en te begrenzen (Baljon 1999). De ervaren onmacht ten aanzien van hevige angst en pijn is daarbij het moeilijkst te verdragen. Bij hulpverleners treden daarom gemakkelijk allerlei afweermechanismen op. Een veilig team, waarin onzekerheden gedeeld kunnen worden en de problemen van de patiënt zo gestructureerd worden, dat de hulpverlener samen met de patiënt haalbare doelen kan stellen, is essentieel om dit werk adequaat te kunnen uitvoeren. De traumacommissie kan steun bieden en kennis overdragen. Ze heeft over het algemeen voldoende distantie om niet meegezogen te worden in de problematiek. Toch doen zich met name bij de bespreking van patiënten met een dissociatieve identiteitsstoornis soms parallelprocessen voor en ontstaat er een gesplitste discussie. Het is dan belangrijk, dat de commissieleden elkaar hiermee confronteren en zo hun realiteitszin en samenwerking herstellen. De commissie dient ook zorg te dragen voor periodieke rapportage over de werkzaamheden aan het team als geheel om niet in een geïsoleerde positie terecht te komen.

Sinds de installatie van de traumacommissie hebben zich in het team geen gesplitste, verlamme discussies meer voorgedaan. Het is een intrigerende vraag waarom deze werkwijze het teamprobleem heeft doen verdwijnen. Het grote open team van alle medewerkers is onvoldoende veilig om het thema dat snel aan persoonlijke en professionele kwetsbaarheden raakt uit te werken. Dit blijkt wel mogelijk in een kleine commissie samengesteld uit medewerkers, die zeer gemotiveerd zijn om tot een werkbare situatie te komen. Door de discussie te delegeren aan de traumacommissie werd de bestaande cultuur van de polikliniek, hierboven beschreven als een personencultuur georganiseerd als conglomeraat van subteams, niet aangetast. De in trauma behandeling gespecialiseerde collegae krijgen erkenning, doordat hun specifieke

kennis in de traumacommissie benut wordt. Hun neiging om in patiëntenbesprekingen door te schieten naar een overbetrokken positie is daardoor afgenomen. De naar distantie neigende medewerkers kunnen door gebruik te maken van de kennis van het traumateam op een adequate manier doorverwijzen. Er is geen noodzaak meer om onmacht af te weren door counterfobische reacties. In termen van groepsdynamiek is in het team de vecht/vlucht basisovertuiging voldoende afgenomen om te kunnen functioneren als werkgroep. Kennelijk reduceert de werkwijze de angst bij medewerkers om door de problematiek overspoeld te worden. In termen van Melanie Klein heeft de schizoïd-paranoïde positie plaats gemaakt voor het doorwerken van de depressieve positie. Dit impliceert onder ogen zien van de realiteit, besef van beperkingen en het vermogen om een neutrale houding aan te nemen en samen te werken (Nitsun 1996). Het team staat met de beide benen op de grond, waardoor de bestaande deskundigheid optimaal benut kan worden.

Bij een zo complexe organisatie als het hier besproken polikliniekteam zijn er altijd meerdere verklaringen mogelijk waarom bepaalde zaken onrust en conflict oproepen en andere niet. Bij bespreking van een eerdere versie van dit artikel in het team bleek dat sommigen mijn zienswijze direct herkenden en onderschreven, terwijl anderen veel meer de gevonden structuur, dan wel de inbreng van bepaalde personen als bepalend zagen. In het huidige tijdsgewricht is er weinig aandacht voor groepsprocessen, hoewel die overal waar mensen samenwerken een rol spelen. Mij heeft het groepsanalytische denken geholpen om in de vaak verwarrende discussies niet meegesleept te worden door extreme standpunten, maar te blijven zoeken naar een opstelling die cohesie in het team bevordert.

Literatuur

Baljon M.C.L. (1999) Cliëntgerichte psychotherapie bij complexe posttraumatische stress-stoornis. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 25 (5), 305-321

Bos R. ten en M.A.J.W. van der Ham (1994) *De manager: Leer- en praktijkboek, deel 2* De Tijdstroom Utrecht

Donk A.J. en K. de Ridder (2000) Ziek van het helpen, Preventie van secundaire traumatische stress bij hulpverleners. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 55 (10), 905-918

Gael M. van (1998) Als de chirurg in eigen vingers snijdt... Over de grenzen van de psychische draagkracht van de psychotherapeut *Tijdschrift voor psychotherapie*, 24 (2), 77-90

Haverkamp R.M. (1999) De groep als cultuurdrager. Over organisatiecultuur, teams en de ggz.

Groepspsychotherapie, 33 (4), 230-242

Herman, J.L. (1992) *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

(1993) Nederlandse uitgave: *Trauma en herstel*. Amsterdam: Wereldbibliotheek

Menzies Lyth, I. (1959<1988>), *Containing Anxiety in Institutions; selected essays; volume 1*. London: Free Association Books

Nitsun M (1996) *The Anti-Group. Destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge

Pols, J. (1987), De ontbrekende schakel tussen psychotherapie en rapportage. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 42, 1248-1250.

Steinberg, M. D.V. Cichetti, J. Buchanan, P. Hall, B. Rounsaville (1993) Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders. *Dissociation* 6 (1), 3-16

Whitaker D.W. en M. Lieberman (1964) *Psychotherapy through the group process*. Aldine: Chicago