

# Een Berk met andere takken?

## *De psychoanalytische grondregel vs de groep*

(Uit: Mark Kinet (Red.) *De groep in psychoanalyse*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant, 2010 p 309-338)

*...En je vraagt me wat ik van dit alles denk?  
Ik vertak mij:  
Als ik een lied was, dan was ik veelbekkig,  
Was ik een berk, dan zongen de merels in mij.*

**Mark Kinet**

### ***1. Probleemstelling***

Tom Berk (1992, 2005) is veruit de belangrijkste auteur op vlak van psychoanalytische groepspsychotherapie binnen het Nederlands taalgebied. Zoals de meeste psychoanalytische groepstherapeuten ben ik qua inspiratie zeer schatplichtig aan zijn publicaties. Voor een groot stuk kan ik mij ook prima in zijn beschrijvingen en opvattingen terugvinden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de overvloed aan (h)erkennende kruisjes die ik in de marge van zijn recentste leerboek (2005) aanbracht. Zo bekeken lijkt mijn klinisch werk dan ook zondermeer uit de zelfde stam te ontspruiten. Hooguit levert het dan slechts enkele bijkomende takken, bloesems of vruchten op.

Toch bestaat er ook een *meningsverschil* dat naar de principes en naar de finaliteit van onze praktijkvoering wel eens verschil zou kunnen maken. Ik verwijs naar een aantal uitspraken die hij doet onder de titel '*Karakteristieke elementen van de werkwijze*' (2005 p 185 e.v.). Ik citeer ze letterlijk. 'In de psychoanalyse werkt men met de grondregel: vertel wat in je opkomt zonder te selecteren. In de groepstherapeutische setting is die regel *niet bruikbaar*' (p 186 mijn cursiv.) 'Het werk van de therapeut is niet alleen een *goede verstandhouding* met de groepsleden tot stand te brengen en intact te houden maar ook ervoor te zorgen dat de verstandhouding tussen de groepsleden onderling en met de groep als geheel goed zijn.' (p 188 mijn cursiv.) 'De groep en de groepsleden spelen een aanzienlijke rol in de werkrelatie. De therapeut komt meer op de *achtergrond* te staan' (p 190 mijn cursiv.) Conform de door de Menninger Foundation ontwikkelde steunend-ontdekkende vorm van psychotherapie wordt er tenslotte voor gepleit genetische factoren te '*laten rusten*: genetische factoren niet exploreren en niet interpreteren' (p 190 mijn cursiv.).

In de inleidende bijdrage had ik het reeds over psychoanalyse *van en in* de groep. *Elke* groepswerking activeert en adresseert de *primaire overdracht* (Godfrind, 1993) uit de vroegkinderlijke ontwikkeling. *Arousal*, affect, drift en trauma worden binnen deze basale overdracht ge(re)medieerd in een voortdurende pendeling tussen gelijkenis en verschil, tussen spiegeling en markering. Het is een soort *ontwikkelingshulp* die belangrijk *therapeutisch* impact heeft bij de meeste psychiatrische stoornissen. Heel wat infraverbale en protomentale inhoud worden daarbij door de containende (moeder)groep verteerd en vertaald. Dit is zeer voedzaam voor de problemen qua basisveiligheid en mentaliserend vermogen die bij ernstige psychopathologie prevaleren.

In deze meer persoonlijke bijdrage zal ik verder getuigen vanuit mijn *concrete* klinisch psychotherapeutische en groepspsychotherapeutische praktijk (cf. Kinet, 2003, 2006). Zoals zal blijken beklemtoont ze vooral het specifiek *psychoanalytische* en wel *in* de groep. De psychoanalytische *grondregel* wordt daarbij behouden. Het onbewuste spreken en het sprekend onbewuste dienen immers aan het woord te komen. Positieve en negatieve, verticale en horizontale/laterale overdrachten worden *geduid*. Motor van het proces is het verlangen van de analyticus die daarbij als *werkgever* fungeert. Het *onbewuste* wordt begrepen als het psychodynamische en het infantiele en het bevat een weten van de herhaling. De psychoanalyse onderzoekt en bewerkt de steeds particuliere *wetmatigheden* waaraan het subject in zijn psychoseksueel en sociocultureel leven is gebonden. Ze is aldus wetenschap(sbeoefening) van het particuliere. Ze moet dan toelaten met zoveel mogelijk kennis van (eigen) zaken tot vrije en bewuste ethische keuzes te komen.

Maar eerst de nodige toelichting met betrekking tot mijn persoonlijke *achtergronden*, de opvattingen die ik hanteer in verband met *psychopathologie* en enkele details over de *setting* waarbinnen ik werkzaam ben. Mijn vertrekpunt als psychiater en psychoanalyticus ligt ergens in het midden tussen schandaal en *Realpolitik*. Zoals Saint-Juste zegt: 'Niemand kan onschuldig regeren'.

## 2. *Tussen schandaal*

Volgens Alfredo Zenoni (1991) is er bij de psychoanalytici een overmatige identificatorische preoccupatie, waaraan ik mij niet zal bezondigen. Wel is het één van mijn stokpaardjes dat waarachtig psychoanalytisch werk mogelijk is zonder sofa en dat omgekeerd een sofa niet altijd een garantie voor psychoanalytisch werk inhoudt. Meer in het algemeen is psychoanalyse trouwens geen kwestie van *identiteit*. Psychoanalyse is een *activiteit* die telkens weer moet worden *waar* gemaakt. Ze kenmerkt zich dan vooral door een ontmoeting in de instelling, de groep, de spel- of de spreekkamer die gericht is op het 'beter worden van waarheid' (Thys, 2006).

Volgens Albert Rothenberg (1979) heeft creativiteit te maken met het vermogen zich tegengestelde ideeën voor de geest te halen/houden. Divergentie (zoal niet dissidentie) zou aldus bijdragen tot oorspronkelijkheid. In die zin gelukkig zijn tussen psychiatrie en psychoanalyse, maar ook in de psychoanalytische beweging *divergenties* nog steeds *troef*. Binnen de spreekkamer oscilleert de analyticus tussen stilte en spreken, '*patience*' en '*security*' (Bion), analytisch discours en meesterdiscours (Lacan). Enerzijds identificeert hij zich met het Ding/object a of is hij *in O*. Hij neemt dan een positie in vergelijkbaar met '*la*

*mort*' in het bridgespel (Lacan, 1966 p 589). Met zijn *docta ignorantia* schort hij zijn weten op om plaats te maken voor het onbewuste weten in hoofd van de patiënt. Hij houdt zich aldus op een slimme manier van den domme. Anderzijds echter dient de analyticus de kuur ook te *animeren* en te *leiden* via de kieren waar het onbewuste bij uitstek verschijnt: symptoom, verspreking, droom, *enactment* enzovoort. Daar ligt het specifiek jachtterrein van de psychoanalyse (cf '*notre chasse à nous, psychanalystes*' Lacan, 1953).

Veel psychoanalytici cultiveren het controversieel en wezenlijk subversief karakter van de psychoanalyse. Bij zijn bezoek aan Clarck University (USA) vergeleek Freud tegenover zijn reisgezel Jung de psychoanalyse met de *pest*. Ook in onze seksueel en anderszins geëmancipeerde tijd blijft de psychoanalyse een *schandaal*. Met het verlaten van zijn traumatheorie werd de *fantasie* voor Freud pathogeen. De mens lijdt onder zijn eigen *fictie*. Hij is geen baas in eigen huis en wordt polymorf pervers gedreven naar ziekelijk zoal niet *dodelijk genot* dat haaks staat op de mythe van het gezond (willen) leven. Het Ik is een blinde vlek en de onzichtbare bril van de overdracht zorgt voor permanent *gezichtsbedrog*. Heel wat psychoanalytici problematiseren naïeve opvattingen over de aanpassing en hameren op de onvermijdelijke disharmonie die het menselijk bestaan kenmerkt (Van Haute, 2000).

De psychoanalyse dient zich in deze optiek ver te houden van (de premissen van) psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. Ze heeft (en houdt aan) een apart statuut, is slechts gericht op het particuliere subject en mag zich bijvoorbeeld niet *plooien* naar een voor haar oneigenlijke rationale (c.q. methodologie van wetenschappelijke onderzoek).

### 3. *En Realpolitik*

Als Anthony Bateman en Peter Fonagy (1999, 2000, 2001, 2004) met hun *Mentalization Based Treatment* zorgen voor een *comeback* binnen de psychiatrie worden ze zowel '*Santo Subito*' verklaard als verketterd omwille van hun verloochening van de psychoanalytische eigenaardigheden. Een recente meta-analyse van Falk Leichsenring (2008) wordt enthousiast via de elektronische tamtam verspreid onder collega's die dergelijke wetenschappelijke legitimering doorgaans nochtans als irrelevant beschouwen. Tegelijk ontpoppen onze Britse collega's zich tot huilebalken als ze dreigen te worden uitgerangeerd door gestandaardiseerde (en op M.B.T. gebaseerde) behandelvereisten en sturen ze S.O.S. berichten naar het continent. Psychoanalytici die zich enkele uren per week installeren achter de sofa doen ondertussen blijkbaar niets liever dan collega's bepreken die met heel hun psychoanalytische hebben en houden psychiatrische patiënten proberen te helpen. Alsof er geen andere ingesteldheid mogelijk zou zijn.

In zijn redactioneel van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* (2007) heeft Joris Vandenberghe het over het spanningsveld tussen *klinisch* denken en *management* denken. Aan de basis van het *klinisch* denken ligt de therapeutische relatie met de psychisch lijdende mens. Deze relatie tot stand laten komen en vast kunnen houden in goede en slechte dagen is een *kunst* en een *kunde*. Ze vereist betrokkenheid en gehechtheid, dragen en verdragen, begrenzen en begrijpen. De hulpverlener is geen technoloog onder wiens voorschrift de patiënt wordt behandeld, maar gaat met, rond en in elke unieke patiënt op onderzoek naar de altijd schimmige en complexe wortels van het kwaad. Het gaat dan welteverstaan om het Kwaad als '*le Mal*' dat tegelijk ook de dimensie van pijn impliceert. Diagnostiek is een tentatief proces dat slechts tot voorlopige werkhypothesen leidt die de waarheid nooit geheel en al dekken en

therapie is een gedeelde verantwoordelijkheid en onderneming waarin de patiënt veel zelf doet maar niet alleen en waarvan de afloop niet exact kan gegarandeerd worden.

Grotendeels diametraal tegenover deze klinische logica staat de *management* logica, die voortdurend beoogt middelen en doelen oordeelkundig op elkaar af te stemmen. Termen als *Human Relations Management*, projectwerking, *audit*, resultaatgerichte strategie, persoonlijk ontwikkelingsplan, efficiëntie en kwaliteitstoetsing staan hier in het zenit. Basis hiervoor zijn plannen en sturen aan de hand van meting, analyse en controle. De benadering is rationeel en doelgericht op basis van cijfers en tabellen. Het is de wereld van P.D.C.A., S.W.O.T. en S.M.A.R.T., van Bradford factor, *balanced score card* en andere *paraferalia* die het raderwerk van de moderne organisatie gesmeerd willen doen lopen.

Om deze spanningsverhouding tussen het klinisch en het management denken te illustreren verwijs ik graag naar de volgende *boutade*: voor het management is het ideale ziekenhuis een ziekenhuis *zonder artsen* en *zonder patiënten*! Welteverstaan kan deze uitspraak overigens net zo goed worden omgekeerd... Wie verantwoordelijk is voor residentieel (bijvoorbeeld klinisch psychotherapeutisch) psychoanalytisch werk zal echter wel *moeten* managen en leiding geven.

De meeste psychoanalytici kennen tegenwoordig wellicht ruim voldoende de befaamde '*negative capability*' die door John Keats werd gepropageerd als ontstaansvoorwaarde voor poëzie. Naar dit (kunstenaars)model houdt de therapeut zijn geest in suspensie teneinde zijn ontvankelijkheid voor '*truing*' te vergroten. '*No memory, no desire, no understanding*' is een uitgangspunt dat in ons overmatig *gebioniseerd* tijdperk inmiddels canonieke status heeft verworven. Maar zou elke psychoanalyticus het talent/de mogelijkheid in zich dragen zich op tijd en stond tot een soort mystieker of *dichter bij de waarheid* te ontpoppen? Volgens Kernberg (1998) zijn voor goede leiding alleszins genoeg autoriteit en voldoende narcistische en paranoïde trekken vereist. Er is met andere woorden evenzeer *positive capability* nodig om tegen de wind/weerstand van patiënten, team, familie, verwijzers en overheden in te varen en psychoanalytisch 'op koers' te blijven. Het is een kwestie van pertinente *Realpolitik*, maar dan wel in combinatie met de (ethische) 'economie' van '*Saving Private Ryan*'.

#### **4. Theoretische uitgangspunten**

Hoe men groepspsychotherapie opvat en toepast hangt wellicht in de eerste plaats af van de gehanteerde psychoanalytische oriëntatie. Iedere psychoanalyticus heeft zich in zijn eigen denken en klinisch werk tegenover de traditie en de actuele (wetenschappelijke e.a.) cultuur te verhouden en ervoor de verantwoordelijkheid te dragen. Zelf ben ik in de loop der jaren geëvolueerd tot een persoonlijke integratie van de vijf groten: Freud, Klein, Winnicott, Bion en Lacan. De *freudiaanse erfenis* is voor mij tot op heden uiterst relevant en doorslaggevend. Ik vergelijk ze graag met het gedachtegoed van Newton wiens *inverse square law* (de zwaartekracht neemt toe met het kwadraat van de afstand) nog steeds volstaat voor dagelijks gebruik. Ze raakt bovendien telkens weer *verdrongen* en dient telkens opnieuw van onder het stof gehaald. Waar zijn in de hedendaagse psychoanalyse nog de wet, de vaderlijke autoriteit, de castratie, het oedipuscomplex, het intrapsychisch conflict, de infantiele seksualiteit, de doodsdrijf enzovoort?

Van de andere psychoanalytische groten vernoem ik enkele voor mijn groepspsychotherapeutische praktijk toepasselijke essenties (cf voor uitgebreide bespreking Kinet, 2006 p 123-168). In de context van empathie en haar afgeleiden rekende ik ze tot het register van het *imaginaire* (cf Kinet, 2008). Het is *essentieel* voor de opbouw en ontwikkeling van mentaliserend vermogen en een veilige gehechtheid. Bij de meeste psychiatrische patiënten zijn dit logische en chronologische *voorwaarden* om *überhaupt* tot een psychoanalytisch proces te kunnen komen.

Melanie Klein ontwikkelde de *speltherapie* en ontdekte zo de rol van agressie en sadisme in de vroegste ontwikkeling. De primitieve moraliteit die uitgaat van een wreed tot achtervolgend (pre-oedipaal) Boven-Ik en het gevoel van 'badness' (Adler, 1979) dat ermee gepaard gaat komt bij veel ernstige persoonlijkheidsstoornissen tot uiting. Groepspsychotherapie en klinische psychotherapie hebben bovendien veel van de speltherapie (en van babyobservatie) te leren. De analyse van de *totale overdrachtssituatie* (Joseph, 1985) is van kapitaal belang en niet alleen de droom en de vrije associatie maar ook en vooral de *enactment* is de koninklijke weg naar het onbewuste.

Winnicott benadrukte het belang van de moeder-kind twee-eenheid en van de *holding environment* in het algemeen voor de ontwikkeling van het totaal afhankelijke *infans*. Voor hem is psychische gezondheid het resultaat van een empathisch faciliteren van het Waar Zelf en zijn vermogen tot creëren. Psychotherapie is voor hem uiteindelijk *twee mensen die samen spelen* (Winnicott, 1971). Bij de zgn. 'vroeg' stoornissen (dit wil zeggen bij patiënten met problemen op vlak van basisveiligheid en –vertrouwen) is het kunstmatig milieu dat door de opnamesituatie geboden wordt noodzakelijke voorwaarde om 'frozen' (Winnicott, 1954) ontwikkeling weer op gang te brengen. Zeker moet de (groeps)psychotherapeutische ruimte begrepen worden als die van de transitionele objecten en fenomenen. Gezien de nooit helemaal opgeheven afhankelijkheid moet de psychotherapeut ook bereid zijn zich als (ontwikkelings)object te laten *gebruiken*.

Bion werkte met psychotici en met groepen. Hij ontwikkelde een theorie van de techniek waarin *containment* centraal staat en een theorie van het denken waarin hij verscheidene niveaus onderscheidt van het protomentale tot de hogere algebra. Samen met bijv. Rudi Vermote geef ik aan het concept *mentaliseratie* een eerder Franse en/of Bioniaanse invulling (cfr Kinet en Vermote, 2005). Het gaat dan om het vermogen dat ten grondslag ligt aan fantasmen en droomelementen, dat associaties toelaat en de innerlijke prikkels in gedachten omzet (De Mijolla, 2002 p 997).

Bij heel wat postfreudianen (Balint, Winnicott, Kohut) kwam de klemtoon meer en meer te liggen op de vroege moeder-kind relatie. Volgens Bracha Ettinger impliceert dergelijke wending binnen het psychoanalytisch gedachtegoed echter een zeker *risico*. Ze zou immers kunnen leiden tot een al te simplistisch en semi-automatisch *blameren* van de moeder ('*put the blame on mame*'). In haar woorden zorgt de productie van een '*mother-monster ready-made*' (2009 p 63) in deze optiek voor de oorzakelijke 'verklaring' van de meeste psychische pijn. *Mutatis mutandis* evolueert therapie dan tot een soort wederopvoeding waarin reparatie van vroegkinderlijke tekorten en/of trauma en/of ontwikkelingsinterferentie door middel van de (al)goede psychotherapeut een grote rol speelt.

Slechts Lacan plaatst opnieuw de *vader* op de voorgrond met zijn notie van de typisch menselijke symbolische orde. Deze leidt tot een onvermijdelijk en niet ophefbaar *tekort*: een tekort aan object en een tekort aan zijn. Geen enkel (liefdes)object kan de manque-à-être

Serge Verhaest er mij voortdurend alleen maar fantastische vragen gesteld. Nooit heb ik op korte tijd zoveel belangrijks geleerd en ervaren en ik heb er een ongeneeslijke klinisch psychotherapeutische roeping aan overgehouden. Lang voor Fonagy en Target deed Verhaest al pogingen het psychoanalytisch proces in termen van mentalisatie te beschrijven. In de teamvergadering hoorde ik van de ene patiënt dat hij 'bespreekt en begint te reflecteren' en van de andere (die nochtans al een jaar residentieel bezig was) dat hij 'reeds iets begint te zeggen'. Toen vond ik deze denkwijze tegelijk *hallucinant* en *hilarisch* maar nu vind ik ze getuigen van een bijna *profetisch* avant-gardisme. Nog tijdens dat opleidingsjaar werd ik (zoals dat heet) in de kleine en in de grote groep 'gesmeten' zodat ik aan den lijve en voorgoed het *emotioneel impact* maar ook het *potentieel* van groepswerking heb ondervonden.

Wat mijn groepstherapeutische oriëntatie betreft, behoor ik eerder tot de strekking die psychoanalyse *in* de groep (grondleggers Wolf e.a., 1962, 1993) en niet *van* de groep voorstaat. Mijn opvattingen over de psychoanalytische groepspsychotherapie vloeien dan voort uit vier verschillende bronnen. Het gaat hier om mijn theoretische oriëntatie (cf eerste hoofdstuk en supra), mijn persoonlijke analyse eerst in de groep en later op de sofa, De lectuur van groepsanalytische pioniers en vooral om twintig jaar intensieve groepspsychotherapeutische ervaring binnen ambulante en (semi)residentiële settings met ernstig persoonlijkheidsgestoorde patiënten.

De psychoanalyse heeft ons heel wat inzichten bij gebracht over collectieve fenomenen. Maar groepsdynamische duidingen (waarbij de therapeut zich tot de groep als geheel richt) behoren slechts uitzonderlijk tot mijn repertoire. Uiteraard is het belangrijk groepsdynamische verschijnselen te (h)erkennen en dit zowel in patiëntengroepen als meer nog binnen teams en organisaties. Maar het is niet omdat men op dit vlak *inzichtnemend* werkt dat men ook *inzichtgevend* werkt. Zo worden regressieve groepsdynamische fenomenen nog steeds best geremedieerd door middel van de nodige psychoanalytische *taakspanning* en *leiding*. Archaische en/of archetypische fantasmen leveren een min of meer hoorbaar basso continuo, maar aan het geïmproviseerde samenspel neemt elk groepslid deel op een voor hem steeds *particuliere* en *betekenisvolle* wijze. Ook in groep legt de psychoanalyticus vooral naar deze *individuele* stemmen zijn oor te luisteren.

Een van mijn voornaamste doelstellingen is inderdaad en alleszins de totstandkoming van een waarachtig psychoanalytisch proces in hoofde van *elk individu afzonderlijk*. Wat ik daarbij voor ogen houd is niet zozeer het interpersoonlijke maar vooral het *intrapsychische* en niet de gelijkens of de herkenning maar het *verschil*. Meer in het bijzonder gaat het om het *absoluut verschil* dat de psychoanalyticus dient te maken. Het zich richten tot *de* groep zou in die optiek *meegaan* zijn met imaginaire verdedigingsmechanismen in plaats van ze te *duiden*. In een boutade stelde ik daarom ooit ietwat *provocatief* en in een lacaniaanse parafraze dat *de groep niet bestaat* (Kinet, 2007). De groep draagt op zich heel wat onmiskenbare en belangrijke therapeutische effecten in zich. Deze therapeutische effecten doen zich echter voor *onafhankelijk* van de therapeut en diens behandelfilosofie. Wel typisch psychoanalytisch is het de groep vooral te beschouwen en te beluisteren als een formatie van het *onbewuste* van zijn leden..

## **6. Psychopathologie**

De patiënten die psychiatrisch (moeten) worden opgenomen vertonen vaak veelvuldig en veelsoortig ageergedrag. Een van hun belangrijke problemen is dat zij bepaalde intrapsychische inhouden niet kunnen *bevatten noch verbergen*. Zij kunnen ze niet verdragen, er niet bij stilstaan of over nadenken, laat staan er op een constructieve manier over communiceren. Daarentegen proberen zij deze ondraaglijke en ondenkbare inhouden op allerlei mogelijke en onmogelijke manieren *weg* te krijgen. Ze vluchten, ze kerven, ze *blowen*, ze drinken, ze veroorzaken in hun omgeving allerlei knoei en miserie en hebben in diverse terreinen van hun leven vaak al onherstelbare brokken gemaakt. Meer technisch en in hedendaagse termen gesproken *evacueren* zij in plaats van te *mentaliseren*. Grosso modo behoren ze tot het *high-order* en *core borderline* spectrum van persoonlijkheidsstoornissen (Vermote, 2000).

Ik ga er van uit dat het spectrum van psychopathologie zich qua etiopathogenese situeert tussen twee uiteinden die we al naargelang de achterliggende theorie verschillend kunnen benoemen. Er is het *defectmodel* vs het *conflictmodel*, *structurele* vs *neurotische* pathologie (De Wolf, 2002) aktuaalpathologie vs psychopathologie (Verhaeghe, 2002), mentale *processtoornissen* vs mentale *representatieve stoornissen* (Fonagy e.a., 2002).

Bondig samengevat gaat het hierbij om het volgende. Of en in welke mate heeft de afstemming en spiegeling van de eerste betekenisvolle anderen (de grote Ander) een antwoord kunnen bieden op het reële van aanleg en (aan)drift? Of en in welke mate hebben zich hierbij een Ik, een Zelf, een veilige gehechtheid en een mentaliserend vermogen kunnen ontwikkelen? Het antwoord op deze vragen is uitermate belangrijk want richtinggevend voor de te volgen behandelstrategie (zie tabel die ik elders uitgebreider heb besproken, cfr Kinet, 2006) en -techniek.

Bij het *defectmodel* is er als het ware een symbolische *hypotrofie*. De constitutie, de drift, het trauma oefenen op botte en rauwe wijze hun ontwrichtende werking uit op lichaam en psychisme. Aan dit uiteinde van het spectrum is er vooral nood aan *steun*. De psychotherapie is eerder *constructief* dan reconstructief, ze is meer gericht op *subjectamplificatie* (Verhaeghe, 2002) dan op interpretatie. Het bieden van voldoende *holding* en *containment* is een vitale noodzaak. We moeten vanuit ons eigen verterend en mentaliserend vermogen de patiënt de nodige 'pap in de mond' geven.

Bij psychopathologie die eerder aan het *conflictmodel* beantwoordt dient de psychotherapie vooral *inzicht* te geven. Technisch gaat het dan meer in het bijzonder om inzicht in de psychodynamiek en de psychogenese die aan het psychisch lijden ten grondslag ligt. De techniek is meer *klassiek* in zijn gerichtheid op reconstructie en *interpretatie*. Voldoende beangstiging en frustratie zijn onvermijdelijk om *to the point* te komen. Hier is het meer zaak 'to cut the crap', natuurlijk met de nodige fijngevoeligheid en (micro)chirurgische precisie.

We kunnen deze tegenstelling vergelijken met wat Freud beschrijft in verband met het verschil tussen suggestie en psychoanalyse (1905 p 29). Hij verwijst er naar de verschillende methodes van de schilderkunst en de beeldhouwkunst. De eerste werkt door toevoeging (*per via di porre*), de tweede door wegneming (*per via de levare*).

gemakkelijker tot symptoom kunnen worden ‘gepromoveerd’ en aldus toegankelijk worden gemaakt voor analyse.

## 8. Werkingsprincipes

Binnen het klinisch psychotherapeutisch milieu *ontvouwt* zich gaandeweg de gehele innerlijke en psychische werkelijkheid. Deze psychische realiteit wordt zelfs bijna *alomtegenwoordig* met de diverse teamleden elk binnen hun therapie of activiteit als haar geprivilegieerde *getuigen*. Teambesprekingen vertonen in deze setting dan ook veel gelijkenis met *psychoanalytische intervisie*. Essentieel verschil is echter dat *alle participanten* de patiënt kennen en hem vanuit eigen medium en deskundigheid ontmoeten. Misschien meer nog dan bij een klassieke kuur op de sofa kan het onbewuste van de patiënt op deze manier worden *ontsloten*. Het (vroeg)kinderlijke reproduceert zich voortdurend en tot in de verste hoeken en kanten in de levende werkelijkheid van het afdelingsleven. Etiopathogenetische constellaties uit het verleden zowel als basisfantasieën komen op de scène. Ze leveren de scenario's van het *theater* dat binnen het klinisch psychotherapeutisch wordt opgevoerd. Het wordt gespeeld door allerlei personages die beurtelings de diverse *innerlijke objecten belichamen*. Nu eens lijken deze figuren driedimensionaal en genuanceerd te worden beleefd waarbij een en ander een *alsof* karakter behoudt. Het zijn de (klassiekere) overdrachten die zich kenmerken door gehele objecten. Dan weer (ge)lijken ze meer op de tweedimensionale karikaturen die sprookjes en/of *fantasy* bevolken. Ze vallen dan meer *partieel* te begrijpen en kenmerken zich eerder door een ‘*equivalent mode*’ (Fonagy e.a. 2002).

*Ik geef enkele eenvoudige voorbeelden. De evolutie in het creatief atelier kan letterlijk illustratie zijn van de ontplooiing van mentale processen. In het begin van de behandeling maakt een patiënt een CD rekje, enkele maanden later een tekening van een heraldiek landschap met een amorfe stofwolk aan de horizon (als van een explosie), naar het eind van de behandeling maakt hij een tekening van een vriend/vechtend paar dat in een straat op de grond ligt voor de wielen van een aanstormende vrachtwagen. Binnen de muziektherapie heeft iemand telkens weer de neiging in de (groeps)improvisatie een eigen, dwingende koers te varen, andermans geluiden te overstemmen en met de therapeut in discussie te gaan. Een man die al jarenlang zakelijk kunst- en vliegwerk heeft gedaan uit hunker naar erkenning door zijn vader, loopt met zijn Ik-doos de deur van de expressief therapeut plat en wil er zo veel en zo snel mogelijk de diepere betekenissen van binnen- en buitenkant bespreken. Collage opdrachten allerhande kunnen binnen of naar aanleiding van de expressieve therapie (als een soort dromen op bestelling) geanalyseerd worden. Last but not least levert het leven op de afdeling natuurlijk heel wat betekenisvolle gegevens op. Een vrouw die altijd opnieuw blijft ‘plakken’ aan de meest dominerende medepatiënten, een man die volhardt in de boosheid en het ‘fuck you’ van promiscu seksueel contact. Een vrouw spreekt onverstaanbaar, houdt zich achter een gordijn van haren verborgen en wordt door meerdere medepatiënten ‘gepest’. Een jongeman zoekt voortdurend dekking onder de dekens. Een jonge vrouw keert haar rug naar alle teamleden/ouderfiguren maar heeft groot jolijt binnen haar groep (leeftijdsgenoten). Een man besteedt al zijn vrije tijd aan het fietsen tegen de wind en de bergen op. Een geparentificeerde politica tracht gedreven het afdelingsklimaat te veranderen en raakt onbegrepen met iedereen in conflict.*

Al dergelijke manifestaties kunnen benutten als een schatkamer van informatie uit het onbewuste maakt de *onovertroffen slagkracht* uit van residentieel psychoanalytisch werk. In



zelfs als wild en ongepast te beschouwen en moeten geheel en al achterwege blijven. Veeleer helpen bij regressieve tendensen van het team de principes van situationeel leiderschap alsook goed geëxpliciteerde functies, verantwoordelijkheden, competentie management en dergelijke meer.

Heel wat patiënten *schrikken* in eerste instantie *terug* voor groeps(psycho)therapie. Orale angsten en fantasieën staan op de voorgrond: de vrees van zelfverlies, ontindividualisering, het wegwissen van autonomie en subjectiviteit treden net zoveel op als bijvoorbeeld fusionele noden of verlangens. Opgenomen patiënten hebben echter geen keus. Ze komen *noodgedwongen* met diverse vormen van groepswerking in contact en ondervinden nagenoeg steeds, opmerkelijk snel en *aan den lijve* de reeds beschreven voordelen. In tegenstelling tot bij ambulante groepspsychotherapie hebben de groepsleden met elkaar ook een intensief contact. Ze leren elkaar kennen en interageren op allerlei manieren met elkaar bijna de klok rond. Met diverse teamleden wordt voortdurend stil gestaan bij mogelijke diepere betekenissen van wat zich onderling afspeelt en wat zich hierin zou *herhalen*.

### ***11. Psychoanalyse in de groep***

Wat herhaald wordt moet herinnerd worden. Dit is vooral mogelijk binnen de groepspsychotherapie. Al naargelang de cluster gaat ze twee keer anderhalf uur per week door of drie keer een uur en een kwart per week. Daarnaast zijn er met maandelijks frequentie *conjoint* individuele contacten met de (eigen) groepspsychotherapeut. Op indicatie en met een vooraf besproken duur, frequentie en behandelfocus wordt soms *combined* individuele psychotherapie geïndiceerd bij een (ander dan de groeps)psychotherapeut. Sowieso staan alle individuele psychotherapeutische contacten uitdrukkelijk in functie van het *werk in de groep* en het globale klinisch psychotherapeutische proces. Ze beogen 'verlies' van materiaal uit de groep te recupereren en selectief weerstanden te bewerken.

De groep wordt in de psychotherapie beluisterd en begrepen als een *imaginair* gegeven: nu eens wensvervullende, dan weer defensieve formatie van het onbewuste. Zich tot de groep richten wordt geacht te leiden tot nodeloze *hypostasering* en *reïficatie* van de groep en nefast te zijn voor een waarachtig psychoanalytisch proces. We kunnen dit vergelijken met de zogenaamde '*alters*' van de multiële persoonlijkheid. Het gaat hier om imaginaire en defensieve formaties tegen het reële van drift en trauma en tegen de (symbolische) geschiedschrijving. Hoe meer de therapeut met deze imaginaire formatie *mee gaat* hoe meer ze zich vermenigvuldigt. Analyse van haar functie is dan ook de boodschap. Foulkes (1967) stelt dat de overdrachtsneurose zich in groep niet zo zuiver ontwikkelt als in de individuele analyse en er niet zo grondig geanalyseerd en doorwerkt kan worden. Misschien is dit echter vooral een gevolg van de door hem gehanteerde *werkwijze*. Begint psychoanalyse immers niet waar de communicatie eindigt, namelijk op het moment van misverstand en hapering? Wanneer we niet meer weten of begrijpen wat gezegd wordt en de/het vreemde aan het woord komt?

Zoals op de sofa kunnen bij psychoanalyse in de groep principieel alle inhouden besproken worden. Het is een gekende stelling van Lacan dat misschien de grootste weerstand die van de *therapeut* is. Hij verstaat onder deze weerstand 'het geheel van angsten, passies, gêne of onvoldoende kennis van de analyticus' (eigen vert. 1952 p 225). Dit geldt dan minstens evenzeer voor de psychoanalytisch groepspsychotherapeut. Het is *zijn* reikwijdte die de limiet van het psychoanalytisch werk in de groep bepaalt.

Voor de groepspsychotherapeut is het een voortdurende evenwichtsoefening voldoende *natuurlijkheid* te behouden om enigermate aan het groepsgebeuren te participeren en anderzijds met zijn *schemerzintuig* (cf Vestdijk, 1960) op vinkenslag te liggen om de patiënt langs kieren, voegen en barsten naar zijn onbewuste te *leiden*. Dit alles bij voorkeur met een lichte toets: *'Easy does it'* (Berk, 2005 p 55). De techniek van de groepspsychotherapeut vertoont omwille van de zichtbaarheid evident grote gelijkenis met die van psychoanalytische therapie face à face. Wat men zich minder realiseert is dat ze soms echter nog grotere gelijkenis vertoont met die van de *psychoanalytische speltherapie*. Hij dient zich dan niet letterlijk maar *figuurlijk* op handen en voeten *op de vloer* en *in de interactie* te begeven. Ondertussen kan hij bestookt worden door allerlei *projectielen* en dient hij voldoende responsiviteit en reflectiviteit te bewaren. Deze zijn noodzakelijk om voldoende band/contact te behouden, de diepere betekenis van wat zich afspeelt te bevatten en in verteerbare en verstaanbare vorm aan de patiënt terug te geven of te interpreteren. Er is ook grote maar mogelijk minder voor de hand liggende verwantschap met de *babyobservatie* van Esther Bick (cf Rustin, 2007). Het vroegkinderlijke register van infraverbaal contact wordt immers in alle richtingen geactiveerd onder de vorm van een fascinerend en geïmproviseerd (schouw)spel van *muziek* en van *dans* (cf Stern, 1977).

## ***12. Een groepsessie***

Om hier en daar iets te illustreren geef ik grotendeels het verloop van een willekeurige sessie weer. Zoals zal blijken gaat het om individuen die elk voor zich hun analytisch werk doen. De aanwezigheid van anderen laat dan spiegelreacties toe, stelt overdrachten tegenover afzonderlijke medegroepsleden of tegenover de groep als geheel aan de orde. Deze overdrachtsreacties botsen (ook zonder tussenkomst van de therapeut) op herkenning of verschil vanwege de anderen. Groepsleden kunnen van elkaar leren en brengen elkaar op (andere) gedachten. Ze 'leren' (ook qua psychoanalytisch proces) van elkaar enzovoort. Het gaat om een groep *in-patients* uit de cluster klinische psychotherapie, dit wil zeggen patiënten met (narcistisch-) neurotische en/of *high order* borderline problemen die de beginfase van hun behandeling al een heel stuk voorbij zijn.

*Therapeut: 'Vertel maar'.*

*(Na een minuut stilte)*

*Hilde: 'Ik had het dit weekend weer lastig met mijn moeder. Het is moeilijk tegen haar in te gaan. Ik heb altijd de neiging mij door haar te laten doen. Ze belde mij op wanneer ik terug thuis zou zijn van de Gentse feesten. Ik heb mij niet laten opjagen en ben op mijn gemak terug gereden.'*

*(Na enkele ogenblikken nadenken)*

*Hilde: 'Ik weet dat ik nog niet klaar ben voor dagtherapie, maar ik heb weer de neiging te gaan lopen. Wil mij weer beter voordoen dan dat ik mij voel.'*

*(We hadden het nog over moeder die wat gendarmeachtig is. Oppervlakkig bekeken ontwikkelde Hilde zich voorbeeldig, maar ze voelt zich snel gecommandeerd en reageert dan onderdanig. Dit 'wreekt' zich onder vorm seksueel ('fuck you') acting-out gedrag, gevolgd door momenten van erg appellerende suïcidaliteit.)*

*Therapeut: 'Toch nog wat opgejaagd?'*

*Hilde: 'Mijn moeder vertrekt met vakantie en ze heeft geen opvang voor de hond. Ik heb voorgesteld hem naar het pension te doen, maar dat wil ze niet. Ik had gehoopt dat mijn zus het zou overnemen, maar ze heeft al duidelijk gemaakt dat ze niet voor de hond*

*(Het was inmiddels wel duidelijk geworden dat Dolores een eerder vermijdende gehechtheid vertoont. Ze trekt zich erg terug uit het contact, terwijl ze anderzijds zuchtig verslingerd raakt aan bepaalde collega's op het werk, die ze dan welhaast gaat stalken. Moeder was alcoholverslaafd, vader vluchtte het huis uit).*

*Therapeut: 'Het is alsof je de hoorn neersmijt. Contact en verbinding verbroken.'*

*Dolores: 'En achteraf heb ik er dan spijt van. Hoeveel mensen ik al uit mijn GSM gewist heb. Honderden.'*

*Therapeut: 'Weg geruimd. Kruis erover. Op de duur hou je een kerkhof over. En dat terwijl je zo'n nood hebt aan nabijheid!'*

*Dolores (voorover gebogen en eerder triest met de handen in het haar): 'Ik moet er iets aan doen. Ik hou echt niemand meer over.'*

*Therapeut: 'En vanwaar zou dat komen, van dat negeren?'*

*(Patiënte is al ver gevorderd en kent al behoorlijk het psychoanalytische klappen van de zweep)*

*Dolores: 'Ik heb het me al vaak afgevraagd, maar ik zie het niet. (Na enkele ogenblikken:) Als mama gedronken had en er ontstond ruzie, dan trok mijn vader de garagedeur achter zich toe en hij was weg.'*

*Therapeut: 'Op dat vlak een aardje naar je vaartje?'*

*Dolores: 'Ik ben echt radicaal. Bij mij is het zwart of wit. Ik kan iemand van de ene moment op de andere afschrijven. En dan is dat voor maanden. Soms verandert het nooit meer.'*

*Therapeut (na enkele ogenblikken stilte, denkend aan de vele ouderlijke spanningen en het gebrek aan communicatie): 'Ik moet aan koude oorlog denken. Neutraliteit is niet mogelijk. Je moet voor of tegen zijn.'*

*Dolores: 'Ik zat juist hetzelfde te denken. De witten en de zwarten'*

*(Cf het verzet en de flaminganten/collaborateurs tijdens WOII)*

*Therapeut: 'Het maakt de zaken simpel en eenvoudig. Maar de realiteit zal wel wat genuanceerder in elkaar zitten zeker?'*

*(Als uitdaging van haar reflectief functioneren)*

*Dolores: 'Ik kon nooit voor allebei goed doen. Voor de een moest ik zus doen, voor de ander zo. Ik geloof dat ze me zelfs tegen elkaar uitspeelden. Als Herman onlangs over zijn droom sprak moest ik denken dat ik ook vaak iets dergelijks droomde als kind. Ik was 's nachts altijd koortsachtig in de weer om van alles en nog wat in orde te krijgen maar het lukte nooit. Ik geraakte er niet.'*

### **13. Andere takken?**

Ik kom nu terug op mijn probleemstelling: de *andere takken* die mogelijks ook andere vruchten afwerpen. De enige regel die in de groepspsychotherapie wordt geïnstalleerd is immers de psychoanalytische *grondregel* van de vrije associatie. Niet het (imaginaire) Ik maar (het symbolische subject van) het onbewuste moet immers aan het woord komen. In een lacaniaanse boutade is het niet de bedoeling het Ik van de patiënt te bevrijden, maar de patiënt van zijn Ik te bevrijden.

De therapeut nodigt dus *niet* uit tot vrije discussie of samenspraak, maar legt een *regel* op die de radicale alteriteit en kunstmatigheid van de psychoanalytische groepservaring waarborgt. Uiteraard zullen de patiënten op allerlei weerstanden stuiten terwijl zij in de groep hun 'werk' trachten te doen. Veel van deze weerstanden zullen 'begrijpelijkerwijs' worden opgehangen

aan de 'kapstok' van de groep. Maar zoals Lacan ons verwittigde : '*Gardez-vous de comprendre*'. Dichter bij ons en bij de tijd citeer ik Jan Cambien (1998 p 83): '*Begrijpen in de psychoanalyse is fataal. Zoveel is zeker. Alle andere zekerheden zijn verkeerd*'. De regel van de vrije associatie is en blijft wel degelijk bruikbaar. Ook in de groep komt de weerstand misschien vooral van de therapeut. Alleszins helpt de psychoanalytische grondregel uitstekend om eraan te herinneren dat in de psychoanalytische groep geen *sociale*, maar *speciale* regels gelden. Het is dan de 'andere scène' (van het onbewuste) die op de planken moet komen.

Het *behoud* van de grondregel heeft voor het psychoanalytisch werk in de groep mijns inziens *verstrekkende* gevolgen. Dialoog en interactie in de groep verschijnen nu immers in een heel ander daglicht. Ze worden niet *per se* gefaciliteerd of aangemoedigd maar worden vooral begrepen als (overdrachts)weerstand, dit wil zeggen als fundamenteel *defensieve* verschijnselen. De groepsleden verzetten zich imaginair tegen bewustwording van hun dubbele gedetermineerdheid: door het reële van (aan)drift en trauma enerzijds, door het symbolische van hun vooral vroegkinderlijke (levens)geschiedenis anderzijds. Ze gaan op in de interactie en ageren zodoende op *blinde* wijze allerlei (tegen)overdrachtsgevoelens naar elkaar toe uit.

Een *goede verstandhouding* binnen de groep wordt al evenmin nagestreefd. Slechts worden de groepsleden aangemoedigd de regel van de vrije associatie te volgen en zodoende hun 'taak' te volbrengen en hun 'werk' te doen. Uiteraard treden regelmatig regressieve groepsdynamische processen in werking. Het is ook van evident belang dat de groepspsychotherapeut deze processen kan (h)erkennen. Toch wordt de werkgroep niet hersteld door zich tot de groep als geheel te richten, maar door minstens één lid van de groep tot differentiatie/een eigen, particuliere 'stem' te brengen. Doorgaans veroorzaakt dit een nagenoeg onmiddellijke wijziging van de valentie en van de groepsmentaliteit (Bion, 1961).

Het 'verlangen van de analyticus' is dat er een psychoanalytisch proces zou plaats vinden. Het zwijgen en/of andere terughoudendheid van de psychotherapeut (Berk: 'op de achtergrond') is paradoxaal te begrijpen als een psychoanalytisch *act*. Ze heeft nagenoeg hetzelfde statuut als een interpunctie of een interpretatie. Zoals Baltasar Gracian (1601-1658) in leefregel 138 van zijn *Handorakel* (1994) opmerkt: 'Iets of niets voorschrijven vergt van een arts even veel geleerdheid'. In die zin is de psychotherapeut slechts *schijnbaar* op de achtergrond. Hij is en blijft het punt (object a, O) waarrond de vrije associatie en de overdracht van de groepsleden pivoteren. In tegenstelling tot wat wel vaker gedacht wordt is de psychoanalytische dan ook geen non-directieve, maar juist een directieve therapie. Alleen wordt de patiënt niet geleid in een *concrete* richting, maar wel degelijk naar de *openingen* waarlangs iets van zijn onbewuste kan/zal verschijnen.

*Last but not least* is het geenszins de bedoeling het genetische te 'laten rusten'. Is psychopathologie niet precies het *gevolg* van een verleden dat men niet achter zich kan laten? Het gaat in de psychoanalyse dan ook bij uitstek om 'genetische' zaken. Ten eerste wat niet ophoudt zich te schrijven: het *automaton* van de betkenaars(ketting) dat blijft insisteren (cf Lacan, 1973). Het is altijd hetzelfde liedje of hetzelfde refrein en wat herhaald wordt moet herinnerd en doorwerkt worden (Freud, 1914). Ten tweede wat niet ophoudt zich *niet* te schrijven: de *tuchè* als de reële driftwortel van het symptoom, de navel of het mycelium van de droom, het onzegbare en onvatbare trauma enzovoort. Het symbolisch-imaginaire van verbeelding en taal schiet dan telkens en onvermijdelijk hetzij *tekort* of *voorbij* dat wat niet kan gedacht/gezegd worden. Ofwel wordt dit reële aan symbolisch-imaginaire voorstellingen

gebonden, ofwel dringt het zich op rauwe, 'stomme' en disruptieve en/of destructieve gedaante aan psyche en/of soma op.

Zoals het spreekwoord zegt: '*Les souvenirs embellissent la vie, l'oubli seul la rend possible.*' Herinneringen maken het leven mooi, slechts vergeten maakt het mogelijk. Herinneren en/of vergeten zijn bij psychiatrische patiënten steevast verstoord. Slechts door *verborgen geschiedenis in verhaal* te brengen kan voor hen de toekomst werkelijk beginnen. Zoals Kierkegaard zei: 'Het leven moet achterwaarts worden begrepen, maar het moet voorwaarts worden geleefd.' Om dit devies te verwezenlijken dient het verleden voldoende op *rust* gesteld en op *non-actief* geplaatst. Maar zoals roeiers zitten we met de rug naar onze bestemming toegekeerd. Sturen kunnen we (slechts) met zicht op het parcours dat we hebben afgelegd en we raken slechts vooruit met de riemen die we hebben. Het is misschien ook niet zonder belang uit welk *hout* ze gesneden zijn.

### **Literatuur**

- Adler, G. (1979). Aloneness and borderline psychopathology. *Int. J. Psychoanal.* 60 p 83-96.
- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 158 p 1-52.
- Anzieu, D. (1975) *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris: Dunod.
- Bateman, A en Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorders: a randomised controlled trial. *Am. J. Psychiatry* 156 (10), 1563-1569.
- Bateman, A en Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *Br. J. Psychiatry* 177 : 138-143.
- Bateman, A. en Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: a 18-month follow-up. *Am. J. Psychiatry* 158 (1), 36-42.
- Bateman, A en Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization based treatment*. London: Oxford University Press.
- Berk, T. (1992) *Groepspsychotherapie. Basiskennis voor de praktijk van de psychotherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Berk, T. (2005) *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cambien, J. (1998). De geschiedenis van O. In: Dehing, J. (Red.) *Een bundel intense duisternis. Psychoanalytische opstellen rond W.R. Bion*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Corveleyn, J., Luyten, P. en Blatt, S. (2005). *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model*. New Jersey/Leuven: Erlbaum/Peeters University Press.
- De Mijolla, A. (2002). *Dictionnaire International de la Psychanalyse*. Paris: Calmann-Lévy.
- De Wolf, H.M.H. (2002). *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie*. Bussum: Coutinho.
- Ettinger, B. L. (2009) From proto-ethical compassion to responsibility. *Mededelingen van de Belgische School voor Psychoanalyse*, 48 p 61-77.
- Fink, B. (1997). *A clinical introduction to Lacanian psychoanalysis*. London : Harvard University Press.
- Fonagy, P. , Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

- Foulkes S.H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. New York: International Universities Press, 1977.
- Foulkes, S.H. & Anthony, E.J. (1967). *Group psychotherapy. The psychoanalytic approach*. Harmondsworth: Penguin.
- Freud, S. (1905) *Over psychotherapie*. K.B. 4. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 21-37.
- Freud, S. (1912-1913). *Totem en taboe*. C.R.4. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 21-211.
- Freud, S. (1914). *Herinneren, herhalen en doorwerken*. K.B.4. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Freud, S. (1921). *Massapsychologie en Ik-analyse*. C.R.5. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 11-93.
- Godfrind, J. (1993). *Les deux courants du transfert*. Paris: PUF.
- Gracian, B. (1994) *Handorakel. De kunst van de voorzichtigheid*. Amsterdam: Querido.
- Hartman, J. (1982). PSM. Ideologie en praktijk. In: J. van de Lande (Red.) *Opgenomen in de groep: psychotherapeutische gemeenschappen in Nederland*. Amsterdam: Van Loghum Slaterus.
- Hinshelwood, R.D. (1987). *What happens in groups, psychoanalysis, the individual and the community*. London: Free Association Books.
- Janzing, C. en Lansens, J. (1985). *Milieutherapie*. Maastricht: Van Gorcum.
- Jongerius, P. J. en Rylant, R.F. (1989). *Milieu als methode. Theorie en praktijk van de methodische milieuhantering in de GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Jongerius, P.J. & Eyckman, J.C.B. (1993). *Praktijkboek groepstherapie*. Assen: Van Gorcum.
- Joseph, B. (1985). Transference: the total situation. *International Journal Psychoanalysis* 66 p 447-454.
- Kernberg, O.F. (1998) *Ideology, conflict and leadership in groups and organizations*. New Haven: Yale University Press.
- Kinet, M. (2003). Klinische psychotherapie bij angst-, stemming- en persoonlijkheidsstoornissen. Een poging tot integratie tussen psychiatrie en psychoanalyse. In : *Handboek Milieutherapie Deel II*. C. Janzing, A. van den Berg, F. Kruisdijk (Red.) Assen : Van Gorcum.
- Kinet, M. & Vermote, R. (Red.) (2005). *Mentalisatie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (2006). *Freud & Co in de psychiatrie. Klinisch-psychotherapeutisch perspectief*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (2007). De groep bestaat niet. In: *De borderlinepatiënt in dagbehandeling*. M. Hebbrecht & M. Willemsen (Red.). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Kinet, M. (2008). Empathie en empathologie. Als het register van het imaginaire. In: Marc Hebbrecht en Ingrid Demuynck (Red.) *Empathie in psychoanalytische psychotherapie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Lacan, J. (1952). Intervention sur le transfert. In: *Ecrits*. Paris: Du Seuil p 215-228.
- Lacan, J. (1953). Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse. In: *Ecrits*. Paris: Du Seuil p 237-322.
- Lacan, J. (1958). La signification de phallus. In: *Ecrits*. Paris: Du Seuil p 685-696.
- Lacan, J. (1973). *Le Séminaire. Livre XI. 1964. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Texte établi par J.A. Miller. Paris : Du Seuil.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008) The place of long-term psychodynamic psychotherapy (LTPP) within psychiatry. *Journal American Medical Association*, 300 (13), 1551-1565
- Rothenberg, A. (1979) *The Emerging Goddess: The Creative Process in Art, Science and Other Fields*. Chicago: University of Chicago Press.

- Rustin, M. (2007) Op zoek naar een authentieke stem. Observatie, intuïtie en het gebruik van tegenoverdracht in het werk met kinderen en adolescenten. In: Mark Kinet en Wim Vanmechelen (Red.) *Tussen ruis en storingen. De golflengte vinden in psychoanalytische therapie*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Stern, D. (1977) Missteps in the dance. In: *The First Relationship: Infant and Mother*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Symington, N. (1986). *The analytic experience*. London: Free Association Books.
- Thys, M. (2006). Beter worden van waarheid. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*. 2 p 136-148.
- Vandenberghe, J. (2007) De psychiater: clinicus en manager? Het spanningsveld tussen klinisch denken en managementdenken. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 49, 10 p 689-671.
- Van der Jeugt, P. (2000). Exitinterview. *Hospitalia* 3 p 167-173.
- Van Haute, P. (2000) *Tegen de aanpassing. Jacques Lacans 'ondermijning' van het subject*. Nijmegen: SUN.
- Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven/Leusden: Acco.
- Vermote, R. (1998). A psychoanalytic hospital unit for people with severe personality disorders. In: J. Pestalozzi, S. Frisch, R.D. Hinshelwood e.a. *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings*. London: Karnac Books p 75-93.
- Vermote, R. (2000). Psychoanalytische en psychiatrische diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9 p 667-674.
- Vermote, R. (2005). *Touching inner change. Psychoanalytically informed hospitalization based treatment of personality disorders. A process-outcome study*. Doctoraal proefschrift ter behaling van doctoraat in de psychologische wetenschappen KUL 27.06.05
- Vermote, R., Fonagy, P., Vertommen, H., e.a. (2009). Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 23, 293-306.
- Vestdijk, S. (1960). *De glanzende Kiemcel*. Amsterdam: Nijgh en Van Ditmar.
- Winnicott, D.W. (1954). Metapsychological and clinical aspects of regression. In : *Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Karnac Books, 1992.
- Winnicott, D.W. (1971). Playing: a theoretical statement. In: *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Wolf, A. & Schwartz, E.K. (1962) *Psychoanalysis in Groups*. New York: Grune en Stratton.
- Wolf, A., Kutash, I. & Nattland, C.(1993) *The Primacy of the Individual in Psychoanalysis in Groups*. New York: Jason Aronson.
- Yalom, I.O. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zenoni, A. (1991) Objet du transfert et réponse de l'analyste. *Quarto*, 44/45 p 59-64.