

De groep bestaat niet

De vreemdheid begint niet met de anderen. Wij zijn vreemd voor onszelf. Wij zijn voor onszelf een ander –of, veel erger nog: vele anderen. Sartre heeft gelijk wanneer hij zegt: l'enfer c'est les autres. Alleen zitten de anderen ook in onszelf. De hel is zodoende overal.
Patricia de Martelaere

Uit: M. Hebbrecht en M. Willemsen (Red.) (2007) *De borderlinepatiënt in dagbehandeling*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant p 99-116.

Mark Kinet

1. Inleiding

Eerst en vooral wil ik Marc Hebbrecht danken voor de uitnodiging te spreken op deze prestigieuze studiedag. We mogen het gerust een *D-day* noemen met Anthony Bateman en Peter Fonagy in de rol van de geallieerden. Sinds hun ophefmakende *Randomized Controlled Trial* (Bateman & Fonagy, 1999, 2000, 2001) zijn ze volop met de bevrijding van het psychiatrische vasteland begonnen. Hun *think-tanks* zijn onmiddellijk tot diep in het binnenland doorgedrongen. Ze stuiten dan ook nauwelijks op enige weerstand. Welke weldenkende burger zou zich immers tegen zo iets fraais als mentalisatie willen verzetten? Mentalisatie is inderdaad een *Lucky Strike* die zeer vlotjes van de hand gaat. Nodeloos te zeggen dat deze mythische sigaret dan ook haar naam dankt aan de koortsrillingen die het aanboren van een goudader aan de gelukkige bezorgt.

De *Mentalization Based Treatment* als psychoanalytisch georiënteerde dagbehandeling is in 2001 door de *American Psychiatric Association* als voorkeursbehandeling voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen weerhouden. Bateman en Fonagy werden vervolgens sneller dan het licht heilig verklaard door de psychoanalytische gemeenschap. Het is zoals bij Paus Johannes Paulus II: *Santo subito!*

Deze hoerastemming is niet verwonderlijk. De voorbije decennia werd de psychoanalyse (ten onrechte vereenzelvigd met slechts een enkele behandelvorm namelijk de typische kuur op de sofa) meer en meer beschouwd als een *onwerkzaam en onwetenschappelijk anachronisme*. Ook en zelfs binnen de psychiatrie werd ze al meermaals dood verklaard. Als de Amerikaanse humoristische schrijver Mark Twain iets gelijkaardigs overkwam antwoordde hij dat de berichten over zijn dood schromelijk werden overdreven (cfr Luyten, 2001). Dit is uiteraard ook met Freud het geval. Op de voorpagina van Knack van 25.11.05 stond nog geblokletterd '*Freud est mort*'. Maar Freud is als een feniks die telkens weer uit zijn as herrijst. Ter

gelegenheid van zijn 150^{ste} verjaardag gaf ik dan ook een *birthday lecture* onder de titel 'Freud's Ewige Wiederkehr'. En in mijn boek 'Freud & Co in de psychiatrie' (2006) heb ik trachten aan te tonen dat de psychoanalyse *springlevend* is ondanks haar onrustwekkende verdwijning.

2. Uitgangspunten

Ik sta hier als psychiater en beleidsverantwoordelijke van een klinisch psychotherapeutische afdeling binnen een algemeen psychiatrisch ziekenhuis en ik zal verder beweren er psychoanalyse *in* de groep te bedrijven. Dit vergt m.i. enige toelichting m.b.t mijn persoonlijke *achtergronden*, de opvattingen die ik hanteer i.v.m. *psychopathologie* en de *setting* waarbinnen ik werkzaam ben.

Volgens Alfredo Zenoni is er bij de psychoanalytici een overmatige identificatorische preoccupatie. Voortdurend wordt gebekvecht over wie of wat psychoanalytisch is en wie of wat niet. Mijn stokpaardje is dat waarachtig psychoanalytisch werk mogelijk is zonder sofa en dat omgekeerd een sofa geen waarborg voor waarachtig psychoanalytisch werk inhoudt. Meer in het algemeen is psychoanalyse trouwens geen kwestie van *identiteit*. Psychoanalyse is een *activiteit* die in een puntige formulering van Michel Thys (2006) is gericht op het trachten *beter te worden van waarheid*. Essentieel psychoanalytisch aan deze activiteit is voor mij ook haar *ethiek* die is gericht op het mogelijk maken van bewuste keuzes.

Qua psychoanalytische oriëntatie ben ik in de loop der jaren gekomen tot een persoonlijke integratie van Freud, Klein, Winnicott, Bion en Lacan.

De Freudiaanse erfenis is voor mij tot op heden uiterst relevant. 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. Van de andere psychoanalytische groten vernoem ik enkele voor de huidige context toepasselijke essenties.

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 te leren. De analyse van de *totale overdrachtssituatie* (Joseph, 1985) is van kapitaal belang en niet zozeer 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 d.w.z. 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.

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 *mentalísatie* 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).

Nadat de klemtoon was komen te liggen op het belang van het *infans* en de vroege moeder-kind relatie plaatste Lacan de *vader* opnieuw op de voorgrond met zijn notie van de typisch menselijke symbolische orde.

Deze orde van de Wet en de taal zorgt voor een denaturatie van de mens als spreekwezen, als *parlêtre*. Het *Reële* van enerzijds het energetisch-materiële ($E=mc^2$), maar ook van Ding, drift en trauma, het *Imaginaire* van illusie en narcisme, van gehechtheid en verleiding en dit *Symbolische* van geschiedenis, tekort, betekenaar en verschil laten toe de steeds complexe en unieke verknoping die aan alle psychopathologie ten grondslag ligt te begrijpen.

Het *onbedoeld* resultaat van mijn integratie van voornoemde auteurs is dat *je fais partie de ceux qui ne font pas de parti*. Ipeïsten noemen mij (te) Lacaniaans en Lacanianen vinden mij te Amerikaans of te Angelsaksisch. Voor psychiaters ben ik (volledigheidshalve) te analytisch en voor psychoanalytici dan weer te psychiatrisch. Het zij zo. In mijn optiek vereist het psychoanalytisch werk met psychiatrische patiënten vaak *interventie* en *inventie*. Dit veronderstelt het ten gepaste tijde kunnen loslaten van de *conventie* en hiervoor de verantwoordelijkheid te dragen. *Pour que (le) ça arrive, il faut y aller!* M.i. dient de psychoanalytische positie zich trouwens te kenmerken door *openheid* en *onafhankelijkheid* van geest die soms eerder leidt tot *dissidentie* dan tot analytische correctheid.

Tijdens mijn assistentschap had ik het geluk een jaar binnen het residentieel psychoanalytisch programma (cfr Vermote, 1998) van Professor Serge Verhaest te kunnen/mogen werken. Met zijn Socratische *docta ignorantia* heeft hij 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 Serge Verhaest al pogingen het psychoanalytisch proces in termen van mentalísatie 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 tenslotte inderdaad mijn groepstherapeutische oriëntatie betreft heb ik ondertussen resoluut één welbepaalde lijn gekozen: ik behoor uitdrukkelijk tot het 'kamp' van de psychoanalyse *in* de groep (grondleggers Wolf e.a., 1962, 1993) en niet *van* de groep. Ik spreek van *kampen* omdat volgens Durkin (1964) dit verschil het ideologische twistpunt is binnen de psychoanalytische groepstherapie.

De psychoanalyse heeft ons (cfr infra) heel wat inzichten bij gebracht over collectieve fenomenen. Maar groepsdynamische duidingen (waarbij de therapeut zich tot de groep als geheel richt) behoren niet tot mijn repertoire. Uiteraard is het belangrijk groepsdynamische verschijnselen te (h)erkennen en dit zowel in patiëntengroepen als binnen teams. Maar het is niet omdat men op dit vlak *inzichtnemend* werkt dat men ook *inzichtgevend* werkt.

Ik opereer binnen een klinisch psychotherapeutisch milieu voor angst-, stemming- en persoonlijkheidsstoornissen (Kinet, 2003) en een van mijn voornaamste doelstellingen is de totstandkoming van een waarachtig psychoanalytisch proces in hoofde van *elk individu afzonderlijk*. Wat ik daarbij voor ogen houd is niet het interpersoonlijke maar het *intrapsychische* en niet de gelijkenis 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 is in die optiek (zoals ik later zal uitwerken) meegaan met imaginaire verdedigingsmechanismen i.p.v. ze te duiden. In een boutade stel ik daarom ietwat provocatief en in een Lacaniaanse parafrase dat *de groep niet bestaat*. De groep draagt op zich heel wat therapeutische effecten in zich. Deze therapeutische effecten doen zich echter voor *onafhankelijk* van de therapeut en diens behandelfilosofie. Wat wel typisch psychoanalytisch is het de groep vooral te beschouwen en te beluisteren als iets imaginairs, namelijk als een formatie van het Onbewuste.

3. Psychopathologie

'*Mental institutions exist for people who cannot contain themselves*' zei Robert Hinshelwood (1987). 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 i.p.v. te *mentaliseren*.

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) aktueelpathologie 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 (I(a) cause) 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).

Bij het defectmodel is er a.h.w. 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* zijn een vitale noodzaak.

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.

<i>Etiopathogenetisch</i>	Defectmodel a: aanleg, (aan)drift en trauma. Reële Symbolische hypotrofie	Conflictmodel A: Symbolisch-Imaginaire Symbolische hypertrofie
<i>Diagnostisch</i>	Mentale processtoornissen Aktuaalpathologie Structurele pathologie	Mentale representatieve stoornissen Psychopathologie Neurotische pathologie
<i>Psychotherapeutisch</i>	Steun Constructie en subjectamplificatie Holding en containment	Inzicht Reconstructie en interpretatie Frustratie
<i>Psychoanalytisch</i>	Overdracht en enactment Elasticiteit (Semi)residentieel	Vrije associatie en droom Onbuigzaamheid Ambulant

Het *Onbewuste* manifesteert zich aan de ene kant vooral onder vorm van overdracht en *enactment* en aan de andere kant via de vrije associatie en de droomproductie. De *houding* van de psychoanalytisch psychotherapeut dient respectievelijk voldoende elastisch en onbuigzaam te zijn. De *setting* zal eerder (semi)residentieel dan ambulant (moeten) zijn om bij de een analytisch proces *mogelijk* te maken en om het bij de ander tot een *goed einde* te kunnen brengen.

4. Klinische psychotherapie

In de totstandkoming van *alle* psychopathologie speelt de *verknoping* tussen aanleg en aandrift, de gehechtheid aan en de verhouding tot de eerste betekenisvolle anderen en de steeds particuliere en subjectieve levensgeschiedenis een rol.

Alle psychiatrische stoornissen worden m.a.w. gekenmerkt door een complexe en *multifactoriële etiopathogenese*. Ik verwijs bijvoorbeeld naar Corveleyn, Luyten en Blatt (2006) i.v.m. depressie en naar Bateman en Fonagy (2004) i.v.m. persoonlijkheidsstoornissen. De principiële ontoereikendheid van een te eenzijdige en eenvoudige therapeutische aanpak bij deze psychiatrische stoornissen werd door hen overtuigend aangetoond.

Bij de altijd ernstige en/of recidiverende problemen die tot een *residentiële* behandeling leiden is *a fortiori* een psychiatrische en psychotherapeutische behandeling nodig die ofwel tegelijkertijd, ofwel consecutief op deze uiteenlopende aangrijpingspunten inwerkt.

Vaak is het antwoord op psychisch lijden nochtans te *kortzichtig*. Een al te symptoomgerichte behandeling riskeert dan het belang van het subject en zijn levensgeschiedenis toe te dekken ('*re-cover*'). Ook de doorslaggevende rol van de gehechtheid (die in het impliciet geheugen is vastgelegd en als basale overdracht onze verhouding met anderen bepaalt) wordt door een dergelijke aanpak veronachtzaamd. De mogelijkheid de dieperliggende determinanten van psychische en interpersoonlijke problemen te ont-dekken ('*dis-cover*') en met toegenomen bewust-zijn te bewerken gaat daarbij verloren. Gevolg is dat veelal na tijdelijke verbetering *terugval* optreedt met alle ontmoedigende of daadwerkelijke implicaties, zowel voor de betrokkene als voor zijn omgeving.

Maar ook een te eenzijdige psychoanalytische benadering heeft zijn valkuilen. Ze kan bijvoorbeeld de *oorzakelijkheid van het Reële* (aanleg en aandrift) miskennen of ontkennen en de rol verwaarlozen die een medisch-psychiatrische tussenkomst in deze materie te spelen heeft.

Vanuit te klassieke psychoanalytische opvattingen over de *indicatiestelling* blijven ook veel patiënten van een *aangepaste* psychoanalytische behandeling verstoken. De vraag is dan of deze of gene patiënt in *aanmerking* komt voor een 'psychoanalytische' manier van werken. Met 'psychoanalytisch' wordt dan enkel die methode bedoeld welke zich kenmerkt door een *neutrale* en *abstinate* houding vanwege de therapeut die daarenboven zo min mogelijk ondersteunt en zo veel mogelijk interpreteert. Het is ondertussen duidelijk geworden dat ik daarentegen van mening ben dat de psychoanalyticus zijn methode en techniek moet aanpassen aan het individu i.p.v. omgekeerd! Zoals Neville Symington (1986) hekel ik de analyticus '*who disdains to adapt himself, even in technique to the idiosyncrasies of the individual*'.

Mensen met beperkte mentaliserende of introspectieve mogelijkheden die mede daardoor somatiseren en ageren of meer in het algemeen de ernstiger persoonlijkheidsstoornissen komen voor een *klassiek begrepen* psychoanalytische benadering niet in *aanmerking*. Resultaat kan dan zijn dat *behandeling* plaats ruimt voor een of andere 'begeleiding'. Patiënten op ondersteunende wijze helpen op een acceptabel niveau te blijven functioneren en/of ze '*buiten de psychiatrie*' houden wordt dan doelstelling nummer één. Op die manier komt het bij dit type van patiënten echter niet tot een psychotherapeutisch ambitieuzer onderneming die inderdaad slechts binnen de zorgende, externe steun en structuur biedende '*holding*' en '*facilitating environment*' van de opnamesituatie kan geboden worden. Deze is vaak noodzakelijke voorwaarde om (ook doorheen de hulpverlening) dolende patiënten op een *spoor* te zetten dat nieuwe perspectieven biedt.

In klinische psychotherapie zijn de *overdracht* en het *ageren* de toegangswegen *bij uitstek* voor de analyse van wat zich in het Onbewuste afspeelt. Patiënt heeft de neiging wat hij van zijn eerste relaties met betekenisvolle anderen *gemaakt* heeft te herhalen. Een typische vraag die men binnen een psychoanalytische behandelingsfilosofie stelt is dan ook wat de patiënt *met ons doet* en *in ons teweegbrengt*.. We maken hierbij interpretatief en mentaliserend gebruik van eigen gevoelens, gedachten en gedrag die door de ontmoeting met de patiënt worden opgewekt. Bondig geformuleerd: in op mentalisatie gebaseerde behandeling stelt de hulpverlener zich de vraag hoe de innerlijke toestand van patiënt en therapeut het gebeuren of het gedoe in het hier en nu kan verklaren.

Klinische psychotherapie is voor de klassieke 'onanalyseerbare' psychopathologie een uiterst werkzame psychotherapievorm. Patiënten die neigen tot *evacuatie* van ondraaglijke inhoud door middelengebruik of *acting-out* gedrag, die door de ernst van hun psychiatrische symptomatologie bijkomende *hulp en ondersteuning* behoeven of wiens problematiek als een diepgewortelde *ontwikkelingsstoornis* moet begrepen worden hebben nood aan een tijdelijke '*holding environment*' die hen op gedoseerde wijze de nodige zorg kan bieden.

Ook voor complex neurotische problemen is klinische psychotherapie bijzonder werkzaam. In een ambulante psychotherapie is de patiënt nooit zo intensief met zichzelf en met zijn innerlijke wereld bezig. Hij wordt daarvoor te zeer afgeleid door de uitwendige realiteit van alledag. En na het *nieuws* is het niet altijd gemakkelijk *terzake* te komen. De voltijdse inschakeling in een klinische psychotherapie biedt dan evident een veel intensievere onderdompeling in de eigen innerlijke wereld, waarbij persoonlijkheidselementen gemakkelijker tot symptoom kunnen worden 'gepromoveerd' en aldus toegankelijk worden gemaakt voor analyse.

Binnen het klinisch psychotherapeutisch milieu ontvouwt zich gaandeweg de gehele innerlijke en psychische werkelijkheid. Deze psychische realiteit wordt in klinische psychotherapie bijna alomtegenwoordig met de diverse teamleden elk binnen hun therapie of activiteit als haar geprivilegieerde getuigen. Het (vroeg)kinderlijke reproduceert zich voortdurend in de levende werkelijkheid van het afdelingsleven. Etiopathogenetische constellaties uit het verleden komen op die manier *live on stage*. Het klinisch psychotherapeutisch milieu wordt een *theater van innerlijke objecten* en dit kunnen benutten als een schatkamer van informatie uit het Onbewuste maakt de *onovertroffen slagkracht* uit van residentieel psychoanalytisch werk.

5. Psychoanalyse van/in de groep

Groepswerking speelt in deze klinische psychotherapie een absolute hoofdrol. Er zijn diverse kleine behandelgroepen (8tal personen) die gezamenlijk de werksoorten (groepspsycho-, ergo-, bewegings-, expressietherapie e.d.m.) van hun therapieprogramma volgen. Anderzijds gaan vaak eveneens vergaderingen in een *grote groep* (40-60 personen) door zoals de afdelingsvergadering en de *patient-staff meeting*. Ook *binnen het team* wordt er veel in groep gewerkt. Er zijn immers de diverse *teamvergaderingen* die nu eens gericht zijn op de directe patiëntenzorg, dan weer op de afdelingswerking of de behandelcultuur. In deze groepen kunnen zich bepaalde groepsdynamische processen voordoen die als dusdanig moeten (h)erkend en geremedieerd worden. Zij belemmeren immers het werk van de groep alsook het werk van de individuele leden die er deel van uit maken.

Afgezien van het bredere psychoanalytische gedachtegoed waaraan reeds werd gerefereerd zijn het m.i. vooral Freud, Bion en Anzieu die met betrekking tot het begrijpen van dergelijke groepsdynamiek inspirerend kunnen werken. Alle drie wijzen ze op de massale regressieve impact die van groepen uitgaat waarbij zij vooral het zelfverlies en de desubjectivering beschrijven die maken dat *het individu in de groep opgaat*.

Alle drie beschrijven ze ook de hoofdrol die *illusie* speelt in de collectieve psychologie. Nu is illusie ook in de individuele psychologie van het grootste belang. Volgens Oscar Wilde

'Illusion is the first of all pleasures'. Illusie is wezenlijk aan fenomenen zoals narcisme, identiteit en verleiding, maar ook aan hoop, aan vertrouwen of aan gehechtheid. Anzieu spreekt in dit verband over '*l'illusion groupale*' (1975) en vergelijkt de groep ook wel met een droom die nu en dan echter eerder een nachtmerrie wordt. Ik hoef er wellicht niet aan te herinneren dat de analyse van de droom de koninklijke weg is naar het Onbewuste. Het is voor mij alleszins een zich herhalend ervaringsgegeven dat deze analyse de beste remedie is tegen regressieve desindividualiserende en desubjectiverende processen in de groep.

Ik ga eerst wat dieper op de psychoanalyse van collectieve fenomenen door Freud en Bion in. Freud spreekt in '*Totem en taboe*' (1912-1913) over de *oergroep* als hij het heeft over de fundamenteën van de beschaving, over de filogenetische oorsprong van schuldgevoelens en van het Oedipuscomplex, over de creatie van sociale banden en van de Wet. Het zijn onze voorouders uit het Pleistoceen (een kleine 2 miljoen jaar geleden) wanneer ons bestaan zich afspeelde in de savannes van de Seringeti vlakte waar we als jager-verzamelaars en nomaden leefden in kudden van 50-100 leden geleid door wat de biologen een alfa-mannetje noemen. Freud spreekt van de oervader en Lacan van de imaginaire (polygame en onnipotente) vader. De moord op de oervader die toen reëel of mythisch plaats vond is een psychische operatie die zich sindsdien op symbolisch vlak telkens weer afspeelt. De totem is dan de dode of symbolische vader die het taboe op kannibalisme, incest en vadermoord installeert dat kenmerkend is voor een beschaafde omgang die naam waardig.

Groepen (en a fortiori grote groepen) kunnen ten gevolge van interne of externe stress in die mate regresseren dat er als het ware een *revival* van de oerhorde ontstaat. De Symbolische *law and order* gaat dan ten onder en maakt plaats voor opstand of anarchie waarbij de (in)formele leider wordt beleefd als zo'n oervader of imaginaire vader. Binnen bijvoorbeeld de *patient-staff meeting* (PSM) of de afdelingsvergadering kan soms de indruk ontstaan dat de patiënten likkebaardend de messen willen scherpen, de leider rauw lusten, kipkap van hem willen maken. Het is de mythe van de oerhorde die in het hier en nu herleeft in de grote groep. De gemeenschap van broeders en zusters regresseert dan tot een vaderhorde. Volgens Jongerius en Eyckman (1993) oefent de grote groep een sterke regressieve zuigkracht uit en is eraan participeren beangstigend want on(be)grijpbaar. Is het in de kleine groep soms moeilijk om te *voelen* dan is het in dergelijke grote groepen eerder moeilijk om te *denken* (cfr. Hartman, 1982).

Een andere belangrijke tekst van Freud in verband met (grote) groepen is '*Massapsychologie en Ik-analyse*' (1921) waarin hij zijn psychoanalytisch onderzoek uitbreidt naar de sociale psychologie. Freud geeft er een aantal pertinente beschrijvingen van de massa en zijn invloed op het individu. Ik permitteer mij een korte bloemlezing omdat ze voor ieder die met groepen geconfronteerd wordt zo herkenbaar is.

De massa is instabieler, irrationeler, immoreler, liefdelozer en vooral ongeremder dan het individu. Individuele verworvenheden vervagen, de bijzondere aard vermindert. Tegenstrijdige denkbeelden bestaan conflictloos naast elkaar. Het onmogelijke bestaat niet. Een collectieve ziel komt in de massa tot leven en het individu krijgt in de massa een gevoel van onoverwinnelijkheid. Driften worden botgevierd op een anonieme en onverantwoordelijke wijze. Er is een overwicht van actie op reflectie. Frustratie en uitstel worden niet geduld. Gedachten en gevoelens worden georiënteerd in één richting. Het beschaafde individu wordt in de massa een barbaar, een driftmatig wezen. De gemoederen laaien op, verstandelijke en onderscheidingsvermogens verminderen. Er is verlangen naar

illusie, niet naar waarheid. Er heerst beïnvloedbaarheid, lichtgelovigheid. Er is een neiging tot extremisme en een behoefte aan een sterke leider.

Freud tracht dan deze geestestoestand van de massa psychoanalytisch te duiden. Hij wijst op het veel beschreven fenomeen van 'besmetting' in groepen. Hij brengt dit in verband met *suggestie* en via analogieën met de verliefdheid en met de hypnose komt hij tot het besluit dat een primitieve massa kan gedefinieerd worden als een verzameling individuen die hetzelfde object (een persoon of idee) als Ik-ideaal kiezen en zich in hun Ik met elkaar identificeren. Door deze dubbele binding bestaande uit een *horizontale identificatie* met elkaar en een *verticale identificatie* met de leider vallen volgens hem de voornoemde massaverschijnselen te verklaren. Het zijn processen die in *elke* groep in min of meerdere mate het zelfstandig en volwassen functioneren van de deelnemers bedreigen. Ze zijn alle gebaseerd op de collectieve illusie van een gedeelde liefde voor en vanwege het geïdealiseerd object.

Ook Bion wijdde heel wat psychoanalytische beschouwingen aan de groepsdynamiek en mag samen met Wolf, Slavson (1950) en Foulkes (1964, 1983) tot de pioniers van de psychoanalytische groepstherapie beschouwd worden.

In tegenstelling tot Freud *werkte* hij inderdaad in en met groepen. Hij kon dan ook een boek schrijven met de titel '*Experiences in groups*' (1961). Bion ging om met de groep zoals een analyticus met zijn analysant en liet met andere woorden de plaats van de leider *vacant*. Dergelijke ongestructureerde groepen bleken niet of nauwelijks in staat hun doel te bereiken omwille van heftige emoties die het functioneren van de groep bepaalden maar die als dusdanig niet erkend werden door de leden. Hij stelde vast dat de groep-als-geheel overdrachten ontwikkelde onder vorm van een groepscultuur die werd gekenmerkt door onuitgesproken en onbewuste veronderstellingen. Hij onderscheidde daarbij drie varianten van veronderstelling met betrekking tot de aard van de groep, zijn leider en zijn taak: er is de eerder neurotische paarvormende groep en meer psychotische afhankelijke en de vecht-vlucht groep. Hij beschouwde deze basisonderstellingen of *basic assumptions* (BA) als regressieve overdrachtsweerstand van de groep met als gemeenschappelijke kenmerken van de laatste: splitsing en projectieve identificatie, verlies van individueel onderscheid, verminderde realiteitstoetsing en verminderd geloof in mogelijke vooruitgang door werk en lijden. Het gaat hier dan meer in het bijzonder om Imaginaire verdedigingsmechanismen waarmee ook de dieren zich tegen een agressor verdedigen: *freezing* en *defeat* bij de afhankelijke, *fight* en *flight* bij de schizoid-paranoïde groep.

Elke concrete groep kenmerkt zich door een bepaald evenwicht tussen de werkgroep- en de *basic assumption* cultuur. Hoe meer de werkgroep overweegt, hoe rationeler en volwassener de groep ernaar streeft zijn taak zo doeltreffend mogelijk te vervullen. Hij bestaat dan uit onderling gescheiden, particuliere individuen die elk van uit hun eigen persoonlijkheid en/of discipline en/of deskundigheid samenwerken en een bijdrage leveren tot de bewuste, rationele taak van de groep. Zij laten zich hierbij niet door hun positieve of negatieve emoties belemmeren. De leider wordt ook niet omwille van zijn charisma maar om zijn bekwaamheid gekozen. De taak kan bijvoorbeeld zijn: het inzichtgevend behandelen van patiënten (voor het team als groep) of het vrij associëren om inzicht te krijgen in de eigen problemen (voor de patiënten als groep). De leden pakken deze bewuste taak aan, rekening houdend met eigen mogelijkheden en beperkingen alsook met onderlinge menings- en andere verschillen. Zij onderzoeken zo realistisch en waarachtig mogelijk de inwendige en de uitwendige realiteit. Een werkgroep is in die zin niet meer of minder dan een groep bestaande uit *individuen die hun werk doen*.

Onder deze werkgroep evolueert echter voortdurend een protomentaal systeem waar basisonderstellingen zich kunnen ontwikkelen die het werk van de groep ondermijnen en parasiteren. De werkgroepcultuur komt inderdaad permanent door storende factoren binnen en buiten de groep in het gedrang. Hij is als een superindividu dat kan regresseren tot het bezig zijn met en zich verdedigen tegen innerlijke angsten en/of conflicten en daardoor minder goed gaat functioneren in de uitwendige realiteit. Dat met name borderline patiënten een hoge *valentie* bezitten qua vatbaarheid voor *basic assumption* fenomenen en voor *fight-flight* fenomenen in het bijzonder zal niemand verwonderen.

Gezien het behandelde thema zoom ik dan ook kort op deze *fight-flight* modus in.

In de basisonderstelling *vecht-vlucht* groeperen de leden zich rond de opgewonden en gewelddadige idee dat er een gemeenschappelijke vijand (persoon, object of idee binnen of buiten de groep) bestaat en dat de leider hen ten strijde moet voeren tegen of doen vluchten voor deze vijand. Zondebok- en uitstotingsfenomenen treden op. Vereend in de actie en in de strijd trachten de groep en de groepsleden een wankel eenheid te bewaren. Het is de meest disruptieve basisonderstelling met haar fractievorming, haar schizoid-paranoïde functioneren en angsten en haar desastreus effect op denken en mentalisatie. Er is daarentegen een enorme druk om onmiddellijk tot actie (namelijk de evacuatie van ondraaglijke 'inhouden') over te gaan.

6. De groep als therapeutisch surplus

Het werken in/met groepen impliceert op zich ongetwijfeld een aantal *specifieke* therapeutische factoren (cfr. Bloch & Crouch, 1985). Zij werden al vernoemd door de eerste pioniers van de groepspsychotherapie. In een militair hospitaal in New York stelde Wolf (1962) vast dat patiënten zich in groep met elkaar *identificeren*. Er ontstond spontaan een wederzijdse *sympathie* en wederzijds *begrip*. Ook de Engelse pionier Foulkes weerhield verscheidene specifieke therapeutische factoren (1964). De patiënt treedt uit zijn *isolement* en komt in een situatie waar hij zich *adequaat* voelt. Hij kan zich vrij uitdrukken en staat tegenover de andere groepsleden op voet van *gelijkheid*. De groep biedt de gelegenheid tot *spiegelreacties* (Pines, 1984) waarbij mensen in elkaar morbide gedachten, gevoelens of impulsen kunnen herkennen, wat een *verzachtend* effect heeft op schaamte- en schuldgevoelens. *Verdringing* wordt gemakkelijker opgemerkt bij de ander en *projectieve* mechanismen openen de mogelijkheid het verdrongene in zichzelf te herkennen. Wat in de groep besproken wordt blijft ook niet zonder therapeutisch *effect* op de andere groepsleden, zelfs als ze alleen maar (lijken te) luisteren. Gezien het belang dat actueel wordt gehecht aan reflectief functioneren (Fonagy) en aan mentalisatie (Bion) is de meerwaarde van groepspsychotherapie ook hier evident: de patiënt kan a.h.w. in het hoofd van zijn medegroepsleden kijken en wordt ook door hùn mentalisatie 'gevoed'.

Foulkes ligt aan de grondslag van de psychoanalyse van de groep en van de communicatiematrix van de groep. Het is belangrijk zijn ideeën te kennen, echter zonder daarom tot *groepsdynamische duidingen* over te gaan omdat anders een te grote hypostasering/reïficatie van *de* groep optreedt. Hij hecht m.i. een te groot belang aan dialoog en aan communicatieve processen en vindt deze belangrijker dan de informatie (uit het Onbewuste). Wanneer hij stelt dat de overdrachtsneurose zich niet zo zuiver ontwikkelt als in de individuele analyse en niet zo grondig geanalyseerd en doorwerkt kan worden is dit dan

ook vooral het gevolg van de door hem gehanteerde werkwijze. Begint psychoanalyse immers niet waar de ‘communicatie’ eindigt, namelijk op het moment van misverstand en hapering?

Patiënten die van groepstherapie geprofiteerd hebben rapporteren zelf een aantal zaken als therapeutisch werkzaam. Zo worden inzicht, het van elkaar leren en het erbij horen als belangrijk en helend ervaren. Er treedt in de groep catharsis op, de groepswerking biedt gelegenheid iets voor anderen te betekenen, de eenzaamheid van psychisch lijden wordt verzacht en de dimensie van de hoop schiet wortel. Dit alles doet zich voor in en is eigen aan welke vorm van groepswerking ook (Yalom, 1970, Sigrell, 1992, Jongerius & Eyckman, 1993).

Terwijl heel wat patiënten in eerste instantie *terugschrikken* voor groepspsychotherapie en wel vanuit allerlei angsten, weerstanden en vooroordelen, komen opgenomen patiënten noodgedwongen met diverse vormen van groepswerking in contact waardoor zij de voordelen ervan aan den lijve ondervinden. Bij psychoanalyse in de groep kunnen principieel alle (ook de meest beschamende en schuldbeladen) inhoudsbesproken worden en ook hier geldt (zoals in de kuur) dat uiteindelijk de enige weerstand die van de *therapeut* is!

Het werken met groepen laat tenslotte toe tot homogene en/of gespecialiseerde hulpverlening te komen en kan leiden tot een hogermate specifiek behandel aanbod in casu voor borderline patiënten. Groepswerking op zich installeert een therapeutisch milieu en laat zich ook beter dan individuele behandelvormen inpassen in een breder opgezette milieutherapie. Gezien de schaarste aan personeelsmiddelen en aan gespecialiseerde *know-how* is groepswerking tenslotte ook *economisch* een voordeel. Op deze wijze kan een gestructureerd therapieaanbod voor meerdere patiënten binnen hetzelfde tijdsbestek aangeboden worden.

7. Kliniek

Na deze *tour d'horizon* zal ik besluiten met enkele *highlights* i.v.m. met onze klinisch psychotherapeutische behandeling van borderline-patiënten. We lichtten reeds uitgebreid onze visie op hun psychopathologie toe. Diagnostisch beantwoorden ze aan het *high-order* en *core borderline* spectrum van persoonlijkheidsstoornissen (Vermote, 2000). De behandeling gebeurt in een eerste fase in 24uursbehandeling en van zodra de toestand en/of de (psychotherapeutische) evolutie van de patiënt het toelaat wordt overgeschakeld op dagbehandeling. Bij het grote merendeel van de gevallen is er na de (semi)residentiële fase nog een belangrijke fase verdergaande ambulante psychotherapie.

De (semi)residentiële fase grijpt plaats binnen een gemengd ondersteunend-reconstructief behandelmilieu (Janzing en Lansens, 1985, Jongerius en Rylant, 1989) waar klinisch psychotherapeutisch wordt gewerkt. Psychoanalytische psychotherapie wordt er niet alleen aangeboden als werksoort maar is ook richtinggevend principe in de milieustructurering.

De afdeling heeft een maximale capaciteit van 54 patiënten verdeeld over drie clusters die op hun beurt elk bestaan uit twee behandelgroepen. Er is een *cluster op mentalisatie gebaseerde behandeling*, een *cluster klinische psychotherapie* en een *cluster jongvolwassenen*. De op mentalisatie gebaseerde behandeling is modulair gestructureerd en laat derwijze zowel *step-up* als *step-down* behandeling toe. Er is een psy-module (met pre-therapie en psycho-educatie) en een resocialisatiemodule. De klinische psychotherapie is *closed-ended* met een groep van

maximaal drie en één van maximaal zes maanden. Het cluster jongvolwassenen werkt levensfasespecifiek en familiewerking staat er meer op de voorgrond.

De groepspsychotherapie gaat twee keer anderhalf uur per week door of drie keer een uur en een kwart per week. Daarnaast zijn er *conjoint* individuele contacten met de groepspsychotherapeut en *combined* individuele psychotherapeutische gesprekken op indicatie en met een vooraf besproken duur, frequentie en behandelfocus. De individuele psychotherapeutische contacten staan 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.

Het programma bestaat uit een uitgekende verhouding van product- en resultaatgerichte vs expressie- en belevingsgerichte therapieën en activiteiten. Een derde van het programma wordt buiten de afdeling gevolgd in zgn. intramurale buitenhuisactiviteiten binnen het (afdelingsoverkoepelend) Forum voor Persoonsvorming waar uit een aanbod van 120 activiteiten op maat kan worden gekozen.

Wekelijks is er procesbegeleiding in groep en twee keer per week een grote vergadering die het midden houdt tussen een afdelingsvergadering en een *patient-staff meeting*. Het merendeel van de patiënten wordt ook *lege artis* (volgens *evidence based criteria*) farmacotherapeutisch behandeld.

Opname brengt voor de patiënt noodgedwongen en steeds als zeer positief en behulpzaam ervaren groepswerking met zich mee. Dit blijkt overvloedig uit patiënten-exit-interviews die sinds meer dan 15jaar stelselmatig worden afgenomen (Van der Jeugt, 2000).

De hierboven beschreven specifieke therapeutische groepsfactoren worden ook steeds en expliciet als zeer adjuverend ervaren. Dankzij de confrontaties die in groepswerking onvermijdelijk zijn worden egosyntone persoonlijkheidselementen tot symptoom en tot '*quod analysandum est*' gepromoveerd. Zij verkrijgen m.a.w. het statuut van een psychoanalytisch symptoom als zijnde een fenomeen dat onwillekeurig is, dat zich herhaalt, waarvan de patiënt (en *a fortiori* zijn omgeving) de betekenis niet begrijpt, dat hem een vraag doet stellen aan de Ander en dat zowel aanleiding geeft tot een lijden als tot een ('vreemd', 'morbide') genot.

Spiegeling, 'voeding', mentalisatie zijn aan de orde van de dag, wat zowel een veiliger gehechtheid als mentaliserend vermogen bevordert en bij de ernstiger persoonlijkheidsstoornissen van evident belang is. Het is de groep en de afdeling als omgevingsmoeder en voedster-moeder met zijn *basso continuo* van geroezemoes en moedertaal.

De groep is en blijft echter een imaginair gegeven: ze is de recipiënt van projectie en projectieve identificatie, van externalisatie en expulsie, het toneel waarop de innerlijke en infantiele objecten en fantasieën verschijnen. Ze is de veruitwendiging van multilaterale overdracht en product van *enactment*. Analyse van deze fenomenen vormt de *via regia* van psychoanalyse in (en niet van) de groep. De groep is dan ook slechts als een imaginaire, nu eens wensvervullende, dan weer defensieve formatie te bekijken en te beluisteren. Zich richten tot de groep leidt tot *hypostasering* en *reïficatie* van de groep en is nefast voor een waarachtig psychoanalytisch proces. We kunnen dit vergelijken met de zgn. '*alters*' van de multiële persoonlijkheid. Het gaat hier om dissociatieve en dus 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.

8. Ex-communicatie

De enige regel in de groepspsychotherapie is de psychoanalytische grondregel van de vrije associatie. Psychoanalyse begint immers pas daar waar communicatie eindigt. Het is de onbewuste, intrapsychische en niet de bewuste, interpersoonlijke werkelijkheid die moet ontdekt en/of gementaliseerd worden.

Bij psychoanalyse in de groep is het voor de therapeut een evenwichtsoefening enerzijds voldoende natuurlijkheid te behouden om enigermate aan het groepsgebeuren te participeren en anderzijds met zijn schemerzintuig op vinkenslag te liggen om de voegen en barsten te benutten waar het Onbewuste verschijnt. 'Gardez-vous de comprendre' zei Lacan. 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'

Volgens Patricia de Martelaere (1993) zijn de liefde, kunst en religie wezenlijk imaginair. Ze worden immers niet ontmoet maar gemaakt. Zoals ik heb trachten aan te tonen is de groep van dezelfde imaginaire orde.

De psychoanalyse laat zoals we allen weten geen enkel heilig huisje heel. God, de geliefde, kunst: ze worden alle genadeloos aan de psychoanalytische leugendetector onderworpen. Bestaat God? Bestaat de geliefde? Bestaat kunst? Het zijn eeuwige vragen, waaraan we vandaag met de knipoog een nieuwe toevoegen: Bestaat de groep?

Wittgenstein zegt ergens: 'Geloof! Het schaadt niet'.

Psychoanalytisch beschouwd is deze uitspraak echter strijdig met de liefde voor de waarheid...

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.

- Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- 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 Martelaere, P. (1993). *Een verlangen naar ontroostbaarheid*. Amsterdam: Meulenhoff.
- De Martelaere, P. (1997). *Verrassingen*. Amsterdam: Meulenhoff.
- De Mijolla, A. (2002). *Dictionnaire International de la Psychanalyse*. Paris: Calmann-Lévy.
- De Wolf, H.M.H. (2002). *Inleiding in de psychoanalytische psychotherapie*. Bussum: Boutinho.
- Durkin, H.E. (1964). *The group in depth*. New York: International Universities 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. (1912-1913). *Totem en taboe*. C.R.4. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 21-211.
- Freud, S. (1921a). *Massapsychologie en Ik-analyse*. C.R.5. Sigmund Freud Nederlandse Editie. Amsterdam/Meppel: Boom p 11-93.
- 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. *Int J. Psychoan.* 66 p 447-454.
- 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.
- Klein, R.-H. & Brown, S.-L. (1987) Large group processes and the patient-staff community meeting. *International Journal of Group Psychotherapy* 2 p 219-237.
- Luyten, P. (2001). Psychoanalyse: de berichten over mijn dood zijn (opnieuw) sterk overdreven. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 1 p 5-23.
- Pines, M. (1984). Reflections on mirroring. *International Review of Psychoanalysis*. 11 p 27-37.
- Symington, N. (1986). *The analytic experience*. London: Free Association Books.
- Thys, M. (2006). Beter worden van waarheid. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*. 2 p 136-148.
- Van der Jeugt, P. (2000). Exitinterview. *Hospitalia* 3 p 167-173.
- Verhaeghe, P. (2002). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Leuven/Leusden: Acco.

- Vermote, R. (1998b). 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.
- 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.