

DE BETOVERING VAN HET TEAM: ZEGEN OF VLOEK?¹

Dries G.M. Dulsster

1. Inleiding

Ik heb het gevoel dat deze lezing lang *overdue* is. Vanuit mijn positie als stagecoördinator op de universiteit heb ik de eer en het genoegen om studenten te mogen begeleiden bij hun eerste stappen in het klinische veld. Ter ondersteuning daarvan voorzien we daarbij voor hen sinds een aantal jaar een kartelwerking. Maandelijks komen we samen met een groepje studenten, waar ze uitgenodigd worden om iets te brengen over de moeilijkheden die ze ervaren op hun stage. Wat hierbij meteen opviel, is dat er één thema telkens opnieuw zijn opwachting maakte: teamwerking. Op geen enkele manier worden ze tijdens de opleiding voorbereid op deze dagdagelijkse realiteit: dat ze moeten samenwerken met andere mensen, moeten discussiëren op teamvergaderingen enz. Men ziet allerlei zaken over pathologie, wetgeving, een hoop statistiek, maar voor de kliniek is er al amper voorbereiding en de kliniek van het team is helemaal afwezig. Hetzelfde geldt voor verpleegkundigen, opvoeders, sociaal assistenten, artsen, ergotherapeuten, sociotherapeuten... allen gevormd om te werken met patiënten, maar niet om te werken met collega's. Het lijkt nochtans de moeilijkste populatie van allemaal te zijn.

Het zijn echter niet alleen de studenten die hiermee in de knoei zitten. Voor velen met een analytische oriëntatie, want dat zijn toch de mensen waarmee ik voornamelijk spreek, lijkt het een continue bron van frustratie te zijn. Het is soms een reden om van werk te veranderen of zelfs helemaal de brui te geven aan het werken in een instelling. Het zijn frustraties die ik herken. Toen ik werkzaam was in een centrum geestelijke gezondheidszorg ging ik op maandag systematisch met hoofdpijn naar huis. Niet omdat het de dag was waarop ik de meeste patiënten had gezien of de langste uren had geklopt, wel omdat ik die

1. Lezing voor VZW de Oorzaak, gebracht op 25 oktober 2021 in het Hof van Watervliet.

dag telkens teamvergadering had. Ik kreeg ook vaak de vraag wat ik van plan was te doen na mijn mandaat als assistent en mijn spontane reactie was altijd dat het niet meer zou lukken om in een team te werken in de geestelijke gezondheidszorg. Dat ik het niet meer zou kunnen verdragen, maar vooral ook omdat ik dacht dat ik zelf gewoon ondragelijk zou zijn voor teamleden en geen blad meer voor de mond zou nemen. Het is dus een thematiek die al langer door mijn hoofd sluimert. De uitnodiging om hier vandaag iets te presenteren is dan ook de geschikte kans om betreffende teamwerking eens het een en ander op een rijtje te zetten. Het gemakkelijkste antwoord op geheel de kwestie is dat andere mensen gewoon vervelend zijn om mee samen te werken. Dat lijkt me niet helemaal gelogen te zijn. Iedereen staat met zijn eigen symptomen, fantasmes en genot in de kliniek en dat zorgt voor een hoop problemen. Dat is een thematiek die ik hier in een vorige lezing besproken heb onder de titel ‘de giftige hulpverlening’ en die piste zal ik dus niet opnieuw bewandelen. Vandaag wil ik het eigenlijk meer specifiek hebben over het idee van teamwerking op zich en de moeilijkheden die daaraan gekoppeld zijn. Het is een eerste aanzet, een eerste reflectie over dit thema en ik ben dus benieuwd welke echo’s het zal teweegbrengen.

2. Een team als sociaal verdedigingsmechanisme

De stelling die ik naar voor schuif en waarrond ik de lezing zal opbouwen, is dat een team dienst doet als een sociaal verdedigingsmechanisme tegen het reële. Een verdediging tegen het reële van de eigen driften en angsten die vrij spel krijgen wanneer de groep zich omvormt tot een massa, maar ook een verdediging tegen het reële van het klinisch werk an sich, in de ontmoeting met patiënten.

2.1 Als een groep een massa wordt

2.1.1 Een groepsverkrachting

De dreiging dat een groep zich omvormt tot een massa, waarbij de driften en het genot vrij spel krijgen, is een continue dreiging in het klinisch werk en kan plots in volle kracht verschijnen. Het is een fenomeen dat mij op een bepaald moment tijdens een teamvergadering enorm heeft aangegrepen. Een collega besprak een intakegesprek waarin ze getuigde over een jongedame die vertelde in het buitenland het slachtoffer te zijn geweest van een groepsverkrachting. Een vriendin was meegekomen naar het centrum, zat bij haar in de wachtzaal, terwijl

de patiënte in kwestie zat te trillen op haar stoel. De collega vertelde het intakegesprek in geuren en kleuren, waarop plots iemand reageerde: “wacht eens, ik heb dat verhaal onlangs ergens gehoord en het schijnt dat er niets van aan is.” Iemand anders reageert: “amai, heeft die dat echt verzonnen?”, waarop de collega die de intake presenteerde stelde, “wow, ja, nu dat je dat zegt, ik vond dat verhaal al zo raar...”. Ik kon mijn oren niet geloven. Hoe nu nog aan de slag te gaan met die dame? Die ene opmerking van die collega, die het dan nog niet zeker was – het kon evengoed over iemand anders gegaan zijn, of gewoon helemaal niet waar zijn – deed het gesprek eindigen in: “het is allemaal een leugen om aandacht te krijgen, daar kunnen we toch niet mee werken?”.

Ik stond perplex van het suggestie-effect en hoe opzwevend er gesproken werd. Ik denk dat we dezelfde zaken zien gebeuren wanneer een team begint te spreken over hoe ‘patiënten manipuleren’, ‘aandacht zoeken’ enz. en de patiënt eigenlijk het risico loopt zeer snel op de brandstapel te belanden. Dit suggestie-effect in groepen en de gevolgen daarvan vinden we terug in het boek van Gustave le Bon (2009 [1895]): *The Crowd, Study of the Popular Mind*. Het is een boek dat Freud (2006 [1921]) bespreekt in zijn boek over *Massapsychologie en Ik-analyse*.

2.1.2 Van groep naar massa

Als een groep zich omvormt tot een massa, wat ongelofelijk snel kan gebeuren, dan zijn de effecten niet min. Ik overloop graag even wat Le Bon in Freud zijn samenvatting (2006 [1921], pp. 229-230) daarover schrijft:

“Doordat men zich in een massa bevindt zullen individuen anders voelen, denken en handelen dan ieder van hen afzonderlijk zou voelen, denken en handelen. Bij een massa vinden we tegenstrijdige denkbeelden die naast elkaar bestaan en samengaan zonder hun logische tegenspraak tot een conflict leidt. Een individu in een massa krijgt door het feit van de ‘massaliteit’ een gevoel van onoverwinnelijke macht, dat hem toestaat driften bot te vieren die hij als eenling noodzakelijkerwijs zou hebben beteugeld. Er is hier minder reden toe, dit wegens de anonimiteit en de onverantwoordelijkheid van een massa. Het verantwoordelijkheidsgevoel van individuen wordt ingetoomd, of verdwijnt soms zelf volledig. Wanneer men zich in een massa bevindt is elk gevoel, elke handeling besmettelijk, en wel in zo een sterke mate dat het individu erg gemakkelijk zijn persoonlijke

belang opoffert aan het algemene belang. Men kan zelfs in een zodanige toestand worden gebracht dat men zijn totale persoonlijkheid verliest en gehoor geeft aan alle suggesties van wie hem van zijn persoonlijkheidsbesef beroofd heeft, verder dat hij dan handelingen verricht die in schrille tegenstelling tot zijn karakter en gewoonten staan. Het uiteindelijke gevolg is dat de bewuste persoonlijkheid volledig is verdwenen, wil en onderscheidingsvermogen ontbreken.”

Mijn samenvatting: het genot krijgt de vrije loop.

De effecten zijn dus niet min en de enigste voorwaarde voor massavorming is dat, en ik citeer opnieuw, “individuen iets gemeenschappelijk moeten hebben, een gemeenschappelijk belang bij een object, een gelijksoortige gevoelsoriëntatie in een bepaalde situatie en dus een zeker vermogen tot een wederzijdse beïnvloeding” (Freud, 2006 [1921], p. 239).

2.1.3 ‘Zorgen voor’ als gelijksoortige gevoelsoriëntatie

Die gelijksoortige gevoelsoriëntatie is niet zo moeilijk te vinden. In een instellingen zijn er namelijk maar twee groepen mensen aanwezig. Een groep die er wel wil zijn, zijnde de hulpverleners en een groep die er liever niet is, zijnde die patiënten (Ansermet & Sorrentino, 2013). Dat gegeven is op zich al problematisch genoeg, maar diegenen die daar wel willen zijn, zijn daar met andere woorden met een missie. Een missie om te zorgen, om de ander te genezen, om er te zijn voor de anderen. Het is dit ‘zorgen voor’ dat ik naar voor schuif als het gemeenschappelijk ideaal, de gelijksoortige gevoelsoriëntatie die heerst in de meeste teams of instellingen.

Om een voorbeeld te geven over deze zorg, een andere team-anekdote die ik nooit ga vergeten, eentje waar eigenlijk een nieuw teamlid zelf het slachtoffer van ging worden. Er zal een nieuwe collega haar intrede doen en dat wordt besproken op het team. Iemand stelt voor om dit nieuwe teamlid eerst intakes met ons mee te laten volgen, alsook dat wij intakes met haar meevolgen. Het idee is dat ze zo zou leren hoe je deze gesprekken precies moet doen. Het voorstel kwam er als zorg voor die nieuwe collega. Ik vond dat een vreemd voorstel, daar de directie wel degelijk een afgestudeerde psycholoog had aangenomen, waarvan, en ik weet dat het misschien een gevaarlijke assumptie is, we toch zouden mogen verstellen dat die enige notie heeft over klinisch

werk. Ik merk dus op dat ik het idee van verplicht gesprekken van collega's moeten meevolgen nu niet meteen zorg vind en dat die collega zelf wel kan beslissen of die daar nood aan heeft. Hierop kwam een zeer geïrriteerde reactie: "wel, jij mag dat dan misschien geen zorg vinden, maar wij zijn hier met drie die dat wel zorg vinden". Die collega's schoven naar voor dat hun idee van zorg gemeenschappelijk gedeeld zou zijn en namen zichzelf als referentiepunt. "Wij, die met zijn drieën zijn, vinden dit een manier van zorg en wij leggen dat op." Het probleem is natuurlijk dat diegene die deze zorgt dan aangeboden krijgt, deze goede bedoelingen moet ondergaan. Dit was een voorbeeld over zogenaamde zorg voor teamleden, maar hetzelfde idee is aanwezig in de zorg voor patiënten en als dit mechanisme aanwezig is, wordt van collega's dus verwacht dat ze ook werken vanuit ditzelfde zorgideaal. Ik kom nog terug op dit 'wij' versus 'zij' mechanisme, maar in ieder geval zien we al een mechanisme verschijnen waardoor collega's en patiënten worden gelyncht omdat ze, in het hoofd van teamleden, niet meegaan in het 'wij-zorgen-voor-jou-verhaal'. Zo komen deze in een 'zij-willen-niet-meewerken', 'zij-willen-niet-beter-worden', 'zij-manipuleren-ons', 'zij-zijn-ander-dan-ons'-verhaal terecht, dus op de brandstapel ermee.

Om te zorgen dat een team niet transformeert tot een massa, met alle effecten van dien, kan men gebruik maken van organisationele, hiërarchische structuren. Teams kunnen gebruik maken van structuren die tradities en gewoontes installeren die betrekking hebben op het werk en de onderlinge verhouding van de leden. Dergelijke structuren kunnen een dam vormen tegen massa-effecten, maar ik herneem dat, ongeacht welke structuur men ook zal gebruiken, massafenomenen op gelijk welk moment terug kunnen opduiken.

2.2 Sociale verdedigingsmechanismen

Doordat een team zich organisationeel zal structureren ter bescherming tegen de massa-effecten en het vrijkomen van de driften, zullen teamleden wel gebruik kunnen maken van deze structuren om zich te beschermen tegen het reële van de kliniek.

In het klinisch werk wordt men onvermijdelijk geraakt in de eigen subjectiviteit, in ons verlangen, in onze familiale sfeer, hoofdstukken uit ons verleden, in hoe we omgaan met liefde, seksualiteit, eenzaamheid, angst, agressie, doodswensen enz. En toegegeven, op dat punt hebben psychologen het misschien nog het gemakkelijkst. Als je in een leefgroep staat als opvoeder of in een ziekenhuis als

verpleegkundige is het contact met patiënten vaak nog veel intenser en wordt men op een nog veel intiemere manier met al deze zaken geconfronteerd. Op dat punt is het voordeel van teamwerking dat het verdedigingsmechanismen biedt om deze angsten en moeilijkheden die men ervaart in het klinisch werk te bemeesteren.

Het idee van de sociale verdedigingsmechanismen werd voor het eerst zeer mooi in kaart gebracht door Menzies Lyth (1988). Menzies Lyth kon niet snappen hoe verpleegkundigen zoveel angst en onzekerheid in hun werk konden verdragen. Ze besloot dat dus te onderzoeken en kwam hierbij tot de vaststelling dat dit werk voor de verpleegkundigen eigenlijk totaal niet te verdragen was, maar dat er allerlei mechanismen werden geïnstalleerd om dit dragelijker te maken. Het blijkt dat teams over de tijd heen een systeem gaan ontwikkelen van heimelijke interacties en overeenkomsten, vaak onbewust, tussen de verschillende leden van de organisatie en daarbij gebruik maken van de mogelijkheden die de instelling biedt. De sukkelaars die alleen in hun praktijk zitten kunnen daar geen gebruik van maken, maar voor diegenen die zich groeperen, zullen we dus volgens de setting verschillende mechanismen zien verschijnen. Deze kunnen totaal anders zijn in een ziekenhuis, dan in een psychiatrische instelling, een centrum geestelijke gezondheidszorg of zelfs een groepspraktijk. In iedere setting zullen de gestructureerde defensiemechanismen een deel worden van de realiteit waarmee oude en nieuwe leden van het team mee in overeenstemming moeten komen. De lijst van mogelijke verdedigingsmechanismen is dus zeer uitgebreid en voel jullie vrij in de discussie deze te bespreken waarvan jullie denken dat ze in jullie teams gebruikt worden. Ik zal zelf even enkele vaak voorkomende mechanismen bespreken.

2.2.1 Herverdeling verantwoordelijkheid

Het meest duidelijke mechanisme is dat van de herverdeling van verantwoordelijkheid. De taak van een hulpverlener durft sterke gevoelens van verantwoordelijkheid op te roepen, wat niet altijd onterecht is, en dat is vaak moeilijk om te dragen. Deze herverdeling kan op veel verschillende manieren verschijnen en het gaat niet alleen over de hiërarchische herverdeling, waarbij de eindverantwoordelijkheid wordt doorgeschoven naar de psychiater. Het is een mechanisme dat aanwezig is, enkel en alleen door het feit dat er een team is. Ik heb dit zelf enorm gemerkt wanneer ik geen teamleden meer had, toen ik begon met mijn privépraktijk, waarvan ik dacht dat

dit niet veel anders zou zijn dan het werk in het CGG. Niets bleek minder waar. Het bleek een wereld van verschil te zijn, net omdat dit punt van verantwoordelijkheid volledig op mijzelf terecht kwam.

Teamwerking laat ook retroactieve herverdeling toe. Daar werd ik mee geconfronteerd op een moment dat een collega mijn bureau binnenkwam met de opmerking dat ze tegen een patiënt, die al zes jaar lang kwam praten over suïcidegedachten, had gezegd om eens Vonkel te contacteren om het te hebben over euthanasie bij psychisch lijden. Het is een moment dat mij lang achtervolgd heeft. Pas na de suggestie om Vonkel te contacteren werd de casus besproken. Mijn huidige hypothese is dat deze collega zich er zelf niet zo goed bij voelde en probeerde de verantwoordelijkheid te delen, mij met andere woorden medeplichtig te maken. Een vraag die zich hier trouwens stelt, voornamelijk in geval van een ambulante werking, is hoe verantwoordelijk wij zijn voor de patiënten van onze collega's in het team. Mijn eerste antwoord zou zijn dat we dat totaal niet zijn en we ons dus ook niet moeten bezighouden met hoe collega's met patiënten werken. Zolang ons eigen werk niet in gedrang komt, de patiënten waar we wel degelijk verantwoordelijk voor zijn, is er niets aan de hand. Mijn tweede antwoord zou zijn dat wanneer collega's ons medeverantwoordelijk proberen te maken door een casus te bespreken, onder gelijk welk opzet, bijvoorbeeld dus ook gewoon een teamvergadering waarop we toevallig aanwezig zijn, het wel onze taak is daar iets mee te doen... de vraag stelt zich natuurlijk wat er te doen valt op dat punt.

Een ander vorm van herverdeling betreft, wat ik zou noemen de 'herverdeling van het reële'. Het is een herverdeling waar diegenen die zich analytisch positioneren zich voornamelijk schuldig aan maken. Het gebeurde vaak dat collega's wat weigerachtig stonden om met bepaalde patiënten te werken en ik nam dan ook systematisch die begeleidingen op mij. Ik had de hoop om op die manier iets van de psychoanalyse en haar ethiek duidelijk te maken. Al is dit dan misschien wel een boeiende kliniek, het is een positie die andere teamleden helpt om moeilijkheden uit de weg te gaan en een positie waarbij je het jezelf wel moeilijk maakt. Een voorbeeld dat hierbij past, is een team dat gebruik maakt van een wachtlijst waarbij telkens ook stond aangegeven welke problematiek er voornamelijk speelde bij die patiënt. Deze lijst lag bij het onthaal en bij het opstarten van een nieuwe begeleiding was het de bedoeling telkens de bovenste patiënt op de lijst te contacteren, zonder dat op het team besproken werd wie welke casus zou opstarten. Heb je een plaats vrij, neem de lijst en start maar op. Het is echter een goed

systeem om patiënten op te starten waar je zelf een voorkeur voor hebt en zo ook de zogenaamde vervelendere patiënten uit de weg te gaan. Er bleven dan ook patiënten bovenaan de wachtlijst staan terwijl er al 5/6 patiënten die zich later hadden aangemeld waren opgestart. Het is dan wel degelijk een analytische positie om het moeilijke werk niet uit de weg te gaan, maar de valkuil is dus dat het team deze zal gebruiken als een verdedigingsmechanisme, en zo het vormende effect dat door patiënten veroorzaakt wordt, zal ontwijken. Dat alles dus betreffende het idee van herverdeling.

2.2.2 Opsplitsen van relaties

Een tweede algemeen verdedigingsmechanisme is dat teamwerking de mogelijkheid creëert om overdrachten te splitsen. Dit helpt de hulpverleners om zich te verdedigen tegen een al te sterke overdracht van de patiënt. Een eerste aspect hiervan is dat er bijvoorbeeld overdracht is op de groepspraktijk en niet op de hulpverleners zelf. Een tweede is dat het toelaat om te splitsen tussen teamleden. Daar is iets voor te zeggen, in het werken met psychose, vanuit het idee van een *pratique-à-plusieurs*. Zo voorkomt men dat hulpverleners in hun totaliteit met de patiënt in contact komen. Dit is een mechanisme dat voornamelijk gebruikt wordt in ziekenhuizen door iedereen verschillende taken te geven, maar bij psychologen zien we het verschijnen in het idee dat er een hulpverlener is voor het trauma, een hulpverlener voor de drugsproblematiek, iemand die zich bezighoudt met de sociale situatie, een gezinsbegeleider, een doorverwijzing bij suïcide... (Er is zelfs een groepspraktijk die iemand in huis heeft om de maquillage van de patiënt te doen. Het is misschien ook opnieuw een mechanisme van herverdeling: “ik moet mij geen zorgen maken dat mijn therapie misschien niet helpt, de maquillage doet dat dan misschien wel”). In een andere groepspraktijk zag ik dat er één iemand de intake doet, de casus op het team bespreekt, toewijst aan een hulpverlener en vervolgens om de paar maanden een opvolgingsgesprek doet. Beiden kunnen rondlopen met het idee niet de eigenlijke verantwoordelijkheid voor de patiënt te dragen.

2.2.3 Bijzaak en hoofdzaak

Een andere strategie is het behandelen van bijzaak als hoofdzaak. In plaats van nog langer een doel te willen bereiken met de patiënten, focust een team zich op een doel bereiken via de patiënten. Wat dit doel

zal zijn zal opnieuw verschillen van instelling tot instelling. Sommigen willen het gevoel gehad hebben om te zorgen voor, anderen dat ze efficiënt omgaan met de beschikbare bedden, of om zichzelf af te leiden van de eigen problemen, nog anderen focussen zich op validaties en registraties om zo voldoende middelen binnen te halen. Het klinisch statuut van een team wordt opgeschort ten voordele van het sportief statuut: zo goed mogelijk dossiers bijhouden, handelsplannen opmaken, bedden legen, evenementen organiseren, de opnameduur timen, geld inzamelen...

Samengevat gaat het erover dat men door een ander aspect van het werk op de voorgrond te plaatsen het onvermogen van het klinische werk loochent. De discussies gaan over tal van triviale aspecten om zo wat echt op het spel staat, het echt moeilijke werk, aan zich voorbij te laten gaan.

2.2.4 Ritualiseren van taken

Nog een mogelijkheid is dat men zich samen gaat richten op etiquette in plaats van ethiek. “We zijn tenslotte een team” en “we willen dat we allemaal hetzelfde doen”, dus worden voor veel zaken procedures afgesproken. Persoonlijke beslissingen en invloeden met de eraan gekoppelde verantwoordelijkheden worden vermeden. In het geval het personeel ‘gelooft’ in deze manier van werken, zal angst ontstaan ten aanzien van situaties waarin men de procedure niet kan volgen. In het CGG had ik bijvoorbeeld een mooi gelamineerde pagina liggen met het suïcideprotocol dat we allemaal dienden te volgen als een patiënt gedachten van suïcide uitte. Er zijn hier nog oneindig veel voorbeelden van te vinden, maar de klassiekers zullen de vele regeltjes zijn die aanwezig zijn in instellingen waar hulpverleners zich dan achter kunnen verstoppen.

Ritualisering van de sociale band is een dwangneurotische strategie. Het is trouwens interessant even op te merken dat er ook autistische oplossingen zijn, zoals niet meer openstaan voor boodschappen van buitenaf of schizofrene oplossingen zoals een team dat vastloopt in een eigen waan, meestal de waan van goed bezig te zijn. Menzies Lyth wijst er bijvoorbeeld op dat leden van een groep ernaar neigen theorieën te produceren die niet ondersteund worden door bewijs, maar enkel door valse zekerheden, waarvan het hoofddoel is de leden te beschermen tegen pijn en onzekerheid.

Een zo een voorbeeld, en sommigen zullen het beu zijn dit van mij te horen, is een team dat zich schaart achter het idee psychoanalytisch

te werken vanuit het idee dat spreken belangrijk is en alle trauma's dus zo goed mogelijk gesymboliseerd moeten worden. Alle tegen-evidentie wordt gewoon naast zich neergelegd vanuit deze waan dat het zo moet.

2.2.5 Mantels-der-(taarten)liefde

Een laatste mechanisme dat ik belangrijk vind om even uitgebreider op in te gaan is dat van de 'mantel-der-taartenliefde'. Het is geen mechanisme dat besproken wordt door Menzies Lyth maar dat ik destilleer uit het feit dat ze spreekt over de solidariteit van het team. Het is een idee dat niet van mij komt, maar van een stagiaire. De positie van de stagiair is er eentje waar ik straks graag nog even op doorga.

Bijna iedere week werd er in de pauze van de teamvergadering taart gegeten. Er was altijd wel een reden waarom iemand taart mee had, of een ander gebak. Nu, waarom dit zo problematisch is: het is heel moeilijk kritiek te geven of iemand te ondervragen als je net samen gezellig taart gegeten hebt.

Een variant hiervan zijn teams die een familie willen worden. Zo was ik eens uitgenodigd als externe supervisor, maar begon de casusbespreking terwijl de teamleden gezellig aan het eten waren. Het was zeer lekker, er heerste zeker een toffe sfeer en het dessert mocht er zeker ook zijn, maar het is een zeer gevaarlijk iets. Niet alleen omdat het een systeem is dat het moeilijker maakt om kritisch ten opzichte van elkaar te reflecteren, maar ook omdat sommige leden, die daar om andere redenen zijn dan voor de familie, geen aansluiting zullen vinden. Ze worden uitgesloten, voelen zich niet thuis en verlaten meestal de organisatie.

Het is mij in supervisies of klinische kartels vaak opgevallen hoe iemand, waarvan ik het idee had dat deze duidelijk mee was in het psychoanalytische gedachtengoed, de analytische blik overboord heeft gegooid. Ze kunnen amper iets zeggen over een casus, zijn verrast over zaken die ze niet weten, of waar ze niet meer hadden bij stilgestaan. Nu kan ik het lezen als dat ze volledig opgenomen zijn geweest in de familie van het team en zich geen vragen meer stellen bij wat er precies in een casus aan de hand is. Het is een illustratie van opgenomen te zijn in de familie van de groep en niet langer kritisch te kunnen of durven reflecteren, vanuit een (onbewust) idee verstoten te worden.

2.2.6 En al de andere...

Ik heb hier enkele mechanismen wat uitgebreider aangehaald, maar daar stopt de lijst dus niet. Zo is er bijvoorbeeld het mechanisme van de uniformiteit van zorg, waarbij men het idee heeft dat teamleden onderling inwisselbaar zijn; of het mechanisme van depersonaliseren dat toelaat patiënten te reduceren tot labels; nog een ander is het afsplitsen van aspecten van het zelf, waarbij de eigen onverantwoordelijke impulsen worden afgeschoven op collega's. Menzies Lyth (1988) haalt aan dat vaak de jonge collega's hier de dupe van zijn. Ze worden bekeken als roekeloos en impulsief en moeten diens gevolge non-stop gesuperviseerd en gedisciplineerd worden. Denk aan de nieuwe collega die moest gesuperviseerd worden. Nog een mechanisme is het vermijden van verandering. Om angst te vermijden proberen de diensten verandering te allen tijd tegen te gaan, dit bijna te allen koste. Ze hangen vast aan wat ze kennen, zelfs wanneer dat duidelijk niet meer gepast of relevant is. De lijst stopt hier niet en ik ben echt benieuwd om straks te horen welke aanvullingen jullie nog zouden hebben.

2.2.7 Sociale verdedigingsmechanismen voorkomen zelfreflectie

Goed, een team biedt dus elk van de teamleden de kans mee te stappen en gebruik te maken van de aanwezige sociale verdedigingssystemen. Op die manier worden de angsten van de individuen in de groep geabsorbeerd in de solidariteit van de groep. Hoe nuttig deze mechanismen ook kunnen lijken, het is een systeem dat het risico loopt klinisch redeneren, alsook klinische vorming, uit te sluiten. Een klassieker in het genre verschijnt bij verpleegkundigen die 'moeten' patiënten vroeg doen opstaan in de ochtend omdat ze moeten gewassen worden, wanneer ze eigenlijk het gevoel hebben dat de patiënt voordeel zou hebben van langer te slapen. Een variant hiervan zien we in de CGG's waar men aan clinici vraagt om patiënten maar om de twee weken te zien. Het is een systeem dat aan clinici vraagt om hun klinisch redeneren overboord te gooien, wat sommigen gewillig doen om minder belast te worden door de intensiteit met iemand te werken. Uit onderzoek blijkt dat wanneer het klinisch redeneren wordt opgeschort, dit op lange termijn nefast is voor de subjectiviteit van hulpverleners, omdat ze zich op termijn incompetent beginnen te voelen.

Daaraan dus gekoppeld, naast de kortsluiting van het klinisch redeneren, inhiberen deze systemen de klinische vorming. Sociale verdedigingsmechanismen voorkomen de vruchtbare momenten in het klinisch werk. Gabriela Brodsky (2002) haalt aan dat vormingseffecten de sequens hebben van botsen op een tekort in de kennis, wat zorgt voor een subjectieve verdeeldheid met een elaboratie van kennis tot gevolg. Klinische vorming betreft een proces gemarkeerd door een discontinuïteit van breekpunten (Brousse, 2015). Het tekort in kennis verdragen is hier belangrijk. Het is essentieel om aan de eigen vaardigheden, de eigen inzichten te twijfelen. Het vergt een capaciteit tot kritische zelfreflectie, wat psychologisch vaak een zware last is om te dragen, maar een noodzaak is voor klinisch werk. De sociale verdedigingssystemen zullen echter hun best doen de ontmoeting met het tekort in het weten te voorkomen en als dit verschijnt het zo snel mogelijk te dichten om de subjectieve verdeeldheid weg te nemen. Het gevolg is dan geen verdere elaboratie van het weten en dus geen verdere vorming.

2.3 Verstoren van de mechanismes

Even hernemen. Teams hebben dus een natuurlijke neiging om sociale verdedigingsmechanismen te installeren en deze zijn vaak heel sterk. Er valt niet zomaar aan te ontsnappen. Dit blijkt voornamelijk gevolgen te hebben voor nieuwkomers en diegenen die deze mechanismen verstoren of in vraag stellen.

Wanneer een nieuwkomer in een team zijn eigen verdedigingsmechanismen gebruikt, kunnen ze ondraaglijk worden voor andere teamleden die al geadapteerd zijn aan de sociale verdedigingsmechanismen waarvan een team gebruik maakt. Als een teamlid er niet in slaagt de verdedigingsmechanismen van het team te introjecteren of zich ermee te identificeren, is de kans klein dat ze in dat specifiek team kunnen blijven. Een teamlid dat te verschillend is, wordt geïsoleerd of geëxpulseerd omdat het niet past. Als een teamlid zich toch gaat conformeren aan iets dat vreemd is aan zichzelf, zal dit de persoonlijkheid affecteren, wat stresserend kan zijn. Vaak is het effect hiervan dat men zelf vertrekt.

Nu, belangrijk hier is dat verdedigingsmechanismen wel degelijk kunnen verstoord worden. Dat is geruststellend.

Hier wil ik dan verwijzen naar een tekst van Jacques Alain-Miller (2010 [2000]) die aanhaalt dat een groep twee richtingen kan uitgaan. De eerste betreft eigenlijk al datgene wat ik tot nu toe besproken heb.

Verdedigingsmechanismen creëren een dychotomie van een ‘wij’ tegen een ‘zij’. ‘Wij’ die wel met die mechanismen meedoen ten opzichte van ‘zij’ die dat niet doen. Maar het verschijnt ook in een ‘wij’ als zorgverleners tenopzichte van ‘zij’: de patiënten, de jongeren, de zieken. Het is een ‘wij’ van vrienden tegen een ‘zij’ van vijanden. Het is een ‘wij’ dat het tekort loochent in het klinisch werk. Wanneer we in een systeem van een loochening van het tekort zitten, ben je meteen schuldig, enkel en alleen al omdat je een ‘jij’ of een ‘ik’ bent die niet samenvalt met het ‘wij’. Dat je je dan opstelt los van de totaliteit van het ‘wij’ wordt het gezien als hoogverraad. Dit is te merken op teamvergaderingen als je probeert tussen te komen in het ‘ons kent ons, we zijn allen akkoord met elkaar’. Men vervalt in ongemakkelijke stiltes of bitsige opmerkingen. Een dossier of een interventie in vraag stellen valt zelden in goede aarde, want het enige dat telt, is dat de verdedigingssystemen blijven draaien, zonder meer. Zoals Lacan (1991 [1969-1970], p. 24) zegt: « Un vrai maître ne désire rien savoir du tout – il désire que ça marche. »

Er is echter een tweede piste mogelijk, de groep te interpreteren, te dissociëren en elk van de leden van de groep terug te sturen naar hun eenzaamheid, naar de eenzaamheid van hun verhouding tot het ideaal, tot hun eigen verhouding tot meesterbetekenaars en hoe ze zich situeren in het klinisch werk. Het is een positie vanuit een verlangen naar waarheid. Dit is het punt waarop ik me dus de vraag stel of een analytische positie niet per definitie anti-team of anti-collegiaal is. De positie van de eenzaamheid vertrekt vanuit een ethiek van discomfort in de plaats van de ethiek van het comfort, wat eigen is aan een team. Het is in de ethiek van het discomfort dat een analyticus zich inschrijft en het idee is dat hij zich vanuit dit punt gaat oriënteren in een team. In de plaats dat men iets wint via een ‘wij’ versus ‘zij’, gaat het hier om een verlies. Het is ingaan tegen dat wat collectiviseert. De moeilijkheid is dat wanneer men stelling neemt tegen wat algemeen aanvaard wordt, men bereid moet zijn daar een hoge prijs voor te betalen: eenzaamheid (Gescinska, 2019).

Het is een positie waarin men toelaat om ondervraagd of geïnterpreteerd te worden, waarin men kan teruggeworpen worden op zijn subjectieve eenzaamheid. Een analyticus deinst dus niet voor terug voor deze eenzaamheid, maar zal net vanuit deze eenzaamheid getuigen. Als ‘wij’ voeren we een strijd met de Ander, wanneer we alleen staan, dan verschijnt de strijd met onszelf. De analyticus vlucht dus niet weg in het team of in de massa, maar zal als enkeling de strijd aangaan met zichzelf. Hij is niet Gaston die de massa opzweept om het

beest te gaan bestrijden, maar diegene die in analyse gaat om de strijd aan te gaan met het beest in zichzelf.

3. De analyticus in een Team

Maar kijk, daar wil ik mijn verhaal niet stoppen. Het is makkelijk gezegd dat het gaat om de subjectieve eenzaamheid en dat men het team moet interpreteren zodat iedereen terugvalt op die subjectieve eenzaamheid. Zo eenvoudig lijkt dat niet te zijn. Het lijkt er vaak op dat diegene die denken deze positie in te nemen zich niet in een positie van eenzaamheid bevinden, maar in een sociaal isolement terecht komen. In de plaats dat men de kans krijgt het team of de teamleden te interpreteren, wordt men in quarantaine geplaatst. Hier wou ik dus nog even op doorgaan. Welke positie kan men innemen in een team om te zorgen dat de verdedigingsmechanismen wat verstoord worden? Er zijn zeer verschillende posities mogelijk en vandaag wil ik er even drie onder de loep nemen: de positie als analyticus, de positie als supervisor en de positie als *plus-un*.

3.1 De analyticus als fanaticus

De minst productieve positie lijkt mij deze te zijn het idee te hebben de analyticus in het team te zijn. Ik denk dat ik mij daar zelf ook vaak schuldig aan heb gemaakt. Men denkt dat men de positie van analyticus moet incarneren op een team, maar meestal heeft een team daar niet om gevraagd en bekijken ze je als de vervelende mens die met psychoanalyse bezig is. Tijdens mijn allereerste sollicitatie kreeg ik te horen dat ze zich wat zorgen maakten over het feit dat ik geïnteresseerd was in lacaniaanse psychoanalyse, want de persoon die net vertrokken was uit dat team wou continu de psychoanalyse introduceren en dat zorgde op teamvergaderingen toch voor de nodige problemen. Het gevaar sluimert inderdaad dat men de psychoanalyse wil incarneren en het team zal proberen te overtuigen om psychoanalytisch te werken. Het probleem is dan dat men de analyticus als een fanaticus zal beschouwen. De essentie van fanatisme ligt in de wens om andere mensen te dwingen tot verandering (Oz, 2016). De fanaticus wil uw ziel redden, hij wil u verlossen, hij wil u bevrijden van de zonde, van dwaling, van het idee dat u niet psychoanalytisch te werk gaat. Het spreekt voor zich dat dit evenzeer getuigt van een ‘wij’ tegen een ‘zij’. Ook Lacan haalt aan dat het in de psychoanalyse absoluut niet gaat om te overtuigen. Het probleem van velen die vanuit de psychoanalyse hun

werk willen oriënteren, is dat ze denken in het land der blinden éénoog te zijn. Dat kan dan nog wel zo zijn, het blijft onmogelijk om anderen te doen zien. Vaak eindigt het met de zogenaamde analyticus die klaagt over zijn isolement, terwijl zijn zogenaamde analytische positie getuigt van een niet-willen-weten, het niet-willen-weten van het feit dat zijn ‘strijd-om-te-overtuigen’ evengoed een ‘strijd-is-om-niet-alleen-te-zijn’ is, een strijd tegen zijn eenzaamheid.

Een ander heikel punt aan deze positie is het gevaar van diskwalificatie, wat een van de ergste symbolische gewelddaden is waarvan een mens het slachtoffer kan worden (Robin, 2013). Het is zeer verleidelijk om dat wat de ander zegt af te doen als niet te verdragen geblabber, niet ethisch, niet psychoanalytisch, maar zo neemt men een verheven positie in. Het is een geweld dat zal beantwoord worden met symmetrie: bijna altijd diskwalificeert de gediskwalificeerde op zijn beurt en de diskwalificatie begint rond te draaien en zal de hele groep besmetten zonder dat men kan weten wie er begonnen is.

3.2 De supervisor als controleur

Een tweede mogelijke positie is deze van de supervisor, waarbij men vanuit een analytische expertise collega's probeert bij te sturen in het klinische werk. Het is echter moeilijk deze positie in te nemen als men je geen klinisch weten toeschrijft. In interviews met analytici over hun supervisie kwam altijd ter sprake dat men een overdracht had op de supervisor en dat vanuit specifieke redenen (Dulsster et al., 2021). Vanzelfsprekend werd deze een weten toegeschreven, maar speelden er duidelijk ook subjectieve, driftmatige elementen mee. Uit interviews met therapeuten die supervisie hadden vanuit een gedragstherapeutisch kader bleek het zeer nefast om casussen te bespreken met een supervisor waar men geen overdracht op had en men zagezegd moest rekening houden met de suggesties van de supervisor (Dulsster et al., 2021; Gheeraert, 2019). Ik heb zelf de intervisiemomenten in het centrum waar ik werkte zeer moeilijk gevonden. Al had ik het idee dat ik soms wel iets kon pinpointen in een specifieke casus, werd daar zelden iets mee gedaan. Het probleem hier is dat dit botst op het feit dat therapeuten vaak willen dat het door hun eigen toedoen is dat een patiënt beter wordt. Er wordt dan ook zelden iets gedaan met de opmerkingen van collega's omdat, mochten ze deze toepassen, de verandering niet zou afhangen van henzelf.

Het lijkt mij interessant om hierbij aan te halen dat Lacan (2005 [1975-1976], p.17), wanneer hij het heeft over supervisie, verschillende

stadia bespreekt. Een daarvan is het stadium van de neushoorn. Hier zegt hij over zijn supervisanten: “ze doen wat van alles en ik ga altijd met hen akkoord. Ze hebben altijd gelijk”. Lacan laat de neushoorn gewoon doen om zo van supervisie geen controleorgaan te maken. Voor Lacan gaat supervisie niet over controleren hoe iemand anders zijn praktijk voert, noch te suggereren wat ze in het klinisch werk dan wel moeten doen. Eenmaal een supervisor het gevoel krijgt dat het eigenlijk om een evaluatie draait, dan steekt de inhibitie om te spreken meteen de kop op. Er is een zeer dunne grens tussen inhiberende supervisie en permissieve supervisie. De kwestie van de neushoorn is dat er respect is voor de singulariteit van diegene die spreekt in supervisie. Nu, het moeilijke punt hier is dat voor Lacan de neushoorn dan wel zijn ding mag doen, de essentie van supervisie betreft nog steeds of diegene die komt spreken zich ten opzichte van zijn patiënt in een analytische positie positioneert, zich in het analytische discours bevindt. Dat is natuurlijk een vreemd iets om op te wijzen in intervisies bij therapeuten die vanuit een ander kader werken. Dus deze positie lijkt me nu ook niet per se de bedoeling, want dan hervallen we terug in datgene wat ik daarnet besprak.

Terzijde... er valt misschien wel iets te zeggen over een externe supervisor, die, als er overdracht is, wel de mogelijkheid krijgt te interpreteren en, door zijn externe positie, minder het risico loopt in teamdynamieken terecht te komen. Het gevaar om te overtuigen of geen mandaat krijgen, loort echter continu om de hoek.

Dus... zoals elke goeie set-up... twee niet... gevolgd door één (misschien) wel, dit om de lezing af te ronden.

3.3 De plus-un als stagiair

De derde positie die ik wil bespreken is deze van de *plus-un*, dit binnen een kartelwerking. In een kartel probeert de *plus-un* niet de ander te overtuigen van een bepaald discours of een bepaalde lezing van iets, noch controleert of superviseert die de kartelleden. Wat een *plus-un* wel zal doen is inzetten op een geprovoceerde elaboratie.

Om deze positie van de *plus-un* te bespreken is het nodig eerst iets meer over kartelwerking te zeggen. De introductie van een kartel was een poging van Lacan (2001 [1964]) om een sociale band te installeren die gebaseerd is op een psychoanalytisch discours. Het betreft een bijeenkomst van 4 of 5 kartelisanen en een *plus-un*, waarbij er samengewerkt wordt rond klinische of theoretische vraagstukken. Het

gaat erover dat men samenkomt en werkt rond een project en men elkaars denken kan ondersteunen en uitdagen. Het idee is dat de elaboraties die voortkomen uit een kartel een subjectief effect kunnen hebben, bijvoorbeeld op de impasses die iemand ervaart in het klinisch werk. In een kartel formuleert men ideeën rond wat gelezen werd en dit kan door de andere deelnemers worden uitgedaagd. Iedere kartelisant zal zijn eigen stuk kennis binnenbrengen in het kartel, bijvoorbeeld door een analytische praktijk te hebben, vroedvrouw te zijn, de ervaring met het werken met autisme, of een achtergrond in het werk van Kierkegaard, enzovoort enzoverder.

Vervolgens zal een kartel een proces van schrijven introduceren: helemaal aan het begin van een kartel kiest en schrijft elk deelnemer van het kartel zijn eigen specifieke onderwerp van werk op. Het idee is dat ze een werk nastreven dat een product moet hebben, een neerslag dat eigen is aan elk van hen en niet collectief. Het opschrijven van het werkonderwerp maakt het uitgangspunt duidelijk en legt het vast, zodat, wanneer het kartel uit elkaar gaat, de leden een idee hebben van de vooruitgang die is geboekt of van de nieuwe vragen die verschenen zijn.

Een ander punt is dat na een bepaalde periode van samenwerken iedereen in de groep zal worden uitgenodigd om over te stappen naar een andere groep. Als een kartel te lang duurt, zullen onvermijdelijk specifieke groepsaspecten terug de overhand nemen.

Het laatste punt is het meest cruciale punt en dat gaat over wat een kartel tot een kartel maakt: de functie van de *'plus-un'*. Lacan zijn idee met het kartel was niet om te ontkennen dat er in een groep een leider is, maar dat deze tot een minimum kan worden teruggebracht door er een functie van te maken (Miller, 1994). De positie van de *plus-un* is dus geen leidersfunctie, maar wel een positie die belast is met de taak om te waken over de interne effecten van het kartel en om de uitwerking ervan te stimuleren. De *plus-un* moet de elaboraties aanmoedigen en proberen te zorgen dat de producties circuleren. Eerst en vooral binnen het kartel, maar nog beter als het voor een publiek kan gepresenteerd worden, zoals op een interkarteldag of in een tijdschrift. Wat moet overheersen zijn niet de bevelen van het superego – en dat is een positie die ik soms zelf wel eens durf innemen – om iets te produceren, maar moet voortkomen uit een verlangen. De *plus-un* is een functie die de leden van de groep tot werken aanzet en er voor zorgt dat een kartel blijft ingaan tegen de passiviteit die durft sluimeren in een kartel, en hier nu toegepast op de lezing, tegen de passiviteit van hulpverleners in het algemeen.

Ik besef volledig dat in alle instellingen de teams omvormen tot een kartel een utopie is. Dat er uren voorzien worden dat iedereen in een kartel kan gaan werken, of dat teamvergaderingen kartels worden is iets waar we maar van kunnen dromen. Bij sollicitaties zou er bijvoorbeeld wel kunnen gevraagd worden rond welke thema's iemand aan het werk is, geïnteresseerd is en wat die daarmee wil doen, dit om die op dit punt meteen aan het werk te zetten.

Maar kijk, al worden die uren voorzien, de vraag is nog of er dan veel zouden aansluiten. De anekdote die dit illustreert, is dat er in het CGG een algemeen budget was voor vorming, maar dat ik dit zelf bijna alleen volledig opgebruikte. Veel collega's gingen nooit naar vormingen. Het was dan ook een zeer efficiënte besparingsmaatregel om die pot op te splitsen en iedereen eenzelfde specifiek budget toe te kennen. We kunnen ons meteen de vraag stellen dat wanneer iets anders dan klinische vorming prioritair is in een setting, bijvoorbeeld financiële aspecten, de zaak al meteen verloren is.

Al kunnen we dus geen kartels forceren, er valt volgens mij wel veel te rapen bij de positie van de *plus-un*. De term die mij bij deze positie enorm opviel, is deze van 'geprovoceerde elaboratie'.

De *plus-un* neemt een positie in die de anderen doet werken. De bedoeling van de *plus-un* is om ervoor te zorgen dat de groep zich bezighoudt met het werk en niet zozeer met zijn onderlinge dynamiek. Voor diegenen die wat thuis zijn in de discoursstheorie krijgen we in het discours van de *plus-un* de provocatie op de plaats van de agens, het werk op de plaats van de Ander en de elaboraties op de plaats van het product. De *plus-un* moet de elaboratie uitlokken en dat kan het best vanuit een hysterisch discours, wat voor Lacan het discours was dat aan de basis van de wetenschap ligt. Miller geeft dan ook Socrates als model voor de *plus-un*. Socrates staat er voornamelijk voor gekend elaboraties bij zijn gesprekspartners uit te lokken. De *plus-un* moet met vraagtekens komen en maakt gaten in de hoofden, die ieders uitwijdingen nieuw leven inblaast. Elke kartelisant wordt in de positie van meester geplaatst en wordt verwacht een weten te produceren. Als de *plus-un* dus al kritiek geeft, dan is het vanuit de hysterie die de aannames, en de bekende, ondoordachte denkwijzen van de klinische praktijk bevraagt.

Nu, zelf zou ik een ander paradigma van de *plus-un* naar voren willen schuiven en dat is de stagiair. Als alles goed loopt, daarmee wil ik zeggen dat een stagiair zich niet verstoort of in de val trapt van een meester te proberen zijn, die wil tonen dat die in die 4 jaar universiteit toch wel het een en ander heeft opgestoken, komt een stagiair toe in een team vanuit een positie van ondervraging, vanuit een positie die de

Ander standaard in de meesterpositie plaatst. De stagiair moet toekomen met vragen: Waarom doen jullie zaken op deze manier? Waarom denken jullie zo over die casus? En vanzelfsprekend, teams zullen zich op verschillende manieren beschermen van stagiairs. Maar net door de eigenheid van de positie van een stagiair, die daar namelijk net is om te leren en vragen te stellen, is het super moeilijk om zich daartegen te verdedigen. Dat is ook de reden waarom stagiairs zo cruciaal zijn in veel instellingen. Het verklaart voor mij ook waarom sommige instellingen systematisch stagiairs weigeren, al staat het vaak in hun statuten dat ze moeten instaan voor de vorming van nieuwe psychologen. Het is een angst voor de stagiair, wat eigenlijk een zeer goede titel is voor een artikel, die ik bij deze even publiekelijk claim.

Vanuit de positie van *provoked elaboration* zal de *plus-un* een team proberen terug te voeren tot verzamelde enkelingen. Eén iemand aan het woord laten creëert een 'wij' tegen een 'zij', maar als je iedereen aan het woord laat en iedereen doet spreken, dan zal duidelijk worden dat ze elk hun eigen taal spreken. Hoe meer men spreekt, hoe meer duidelijk zal worden dat ze er toch verschillende opvattingen op nahouden, hoe meer duidelijk wordt dat ze alleen staan. Men probeert de anderen aan het spreken te brengen, waardoor ze hun mond voorbijpraten, en aangeven dat ze eigenlijk alleen staan, hun eigen privétaal spreken die niet gedeeld is met de andere teamleden. De *plus-un* provokeert zo een interne dissonantie die de geestelijke verlamming geprovoceerd door het team tegengaat.

De *plus-un* zal dus zelf ook spreken en tonen dat hij aan het werk is. Hij is geen meester, geen verondersteld wetend subject, geen geleerde met een geconstitueerde kennis, maar hij is ook niet iemand die zich van de domme kan houden. De *plus-un* zal een gedecideerde werker zijn. De analytische positie in een team zal dus niet neerkomen op de *analyticus* zijn, noch de supervisor te spelen, maar op het werken vanuit een *objet cause*, vanuit iets dat u zelf drijft. Ik kan hierbij verwijzen naar Didier Weill (1977) die stelt dat in het algemeen de mensen die je in het leven inspireren met vertrouwen, mensen zijn bij wie je een verlangen voelt, maar een verlangen dat raadselachtig blijft, gesluierd, en bij wie je voelt dat het object van hun verlangen ook voor hen raadselachtig is. Het zijn de enigmatische werkers. Langs de andere kant heb je diegenen die je een gevoel van wantrouwen inboezemen, diegenen die iets willen bereiken, diegenen van wie je het idee hebt dat het object van hun verlangen hun niet onbekend is, dat ze het precies kunnen aanstippen wat ze willen, bijvoorbeeld u overtuigen. De *plus-*

un verschijnt als enigmatische werker die anderen inspireert om dezelfde weg in te slaan.

In het meest ideale geval kan men vanuit dergelijke positie een verschuiving krijgen van een team naar een kartel, waar elk teamlid vanuit specifieke vragen aan het werk is en er een functie van *plus-un* circuleert die het werken aanzwengelt. Het gaat om uitwisselingen die het klinisch werk ondervragen, die problemen naar voor schuiven, waarin met getuigt over welke interventies gewerkt hebben en welke niet, uitwisselingen waarin er vragen gesteld worden. Het is een positie van in het team te circuleren en er niets van te snappen. En vergis u niet... ook de *plus-un* bevindt zich hierdoor in een positie van eenzaamheid. Een analytische oriëntatie aanwezig stellen in een team, wel... *It's a lonely job... but someone's got to do it.*

Bibliografie

- Ansermet, F. & Sorrentino, M.G. (2013). *Malaise dans l'institution*. Paris: Economica.
- Brodsky, G. (2002). Effet d'un contrôle. *Clinique de la formation dans la psychanalyse. Quarto*, 76, 78-79.
- Brousse, M.-H. (2015). Le Contrôle sur Mesure. *Quarto*, 110, 22-35.
- Didier-Weill, A. (1977). In Lacan, J. (1976-1977), *Le Séminaire XXIV: L'insu que sait de l'une-bévue s'aile à mourre* (les van 8 februari 1977). Niet gepubliceerd.
- Dulsster, D., Vanheule, S., Hermans, G. & Hennissen, V. (2021). Supervision from a Lacanian Perspective considered closely: a qualitative study. *British Journal of Psychotherapy*. Doi: 10.1111/bjp.12626
- Freud, S. (2006 [1921]). Massapsychologie en IK-analyse. *Werken*, 8. Amsterdam: Boom.
- Gescinska, A. (2019). *Intussen komen mensen om. Over politieke betrokkenheid*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Gheeraert, E. (2019). *Supervisie in de gedragstherapie nader beschouwd – een kwalitatief onderzoek*. Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad van master in de Klinische Psychologie Academiejaar 2018-2019.
- Lacan, J. (1991 [1969-1970]). *Le Séminaire Livre XVII: L'Envers de la Psychanalyse*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (2001 [1964]). Acte de Foundation. *Autres Ecrits* (pp. 229-242). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (2005 [1975-1976]). *Le Séminaire Livre XXIII: Le Sinthome*. Paris: Seuil.
- Le Bon, G. (2009 [1895]). *The Crowd. Study of the popular mind*. Book Jungle.
- Menzies Lyth, I. (1988). *Containing anxiety in institutions. Selected essays Volume 1*. London: Free Association Books.
- Miller, J.-A. (1994). *Le Cartel dans le Monde*. Intervention à la Journées des Cartels du 8 Octobre 1994 à L'ECF.
- Miller, J.-A. (2010 [2000]). Théorie de Turin sur le Sujet de l'Ecole. *La Cause Freudienne*, 74, 132-142.
- Oz, A. (2016). *Hoe genees je een Fanaticus*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Robin, D. (2013). *Dépasser les Souffrances Institutionnelles*. Souffrance et Théorie. Paris: PUF.