

HET PERRON

België-Belgique
P.B. - P.P.
8000 BRUGGE 1 - 2
3/5298

Afgiftekantoor 8000 Brugge 1 - 2e afdeling
Tweemaandelijks tijdschrift
24e jaargang nr.3, mei-juni 2008
Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge (Afzendadres)
Erkenningsnummer: P509268



tijdschrift van het
PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS
ONZE-LIEVE-VROUW BRUGGE
en het
PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM
RUSTENBURG BRUGGE



Colofon

HET PERRON is het tweemaandelijks tijdschrift van het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg. Het is bestemd voor de West-Vlaamse huisartsen en de psychiaters en GGZ-voorzieningen in Vlaanderen.

Oplage

Het Perron wordt verspreid op 2200 exemplaren

Redactieraad

Dr. Marc Franchoo, psychiater (hoofdredacteur)

Dr. Chris Bervoets, psychiater

Jacques Dutrie, psycholoog-psychotherapeut

Ludo Goderis, stafmedewerker patiëntenzorg

Marc Simoens, stafmedewerker patiëntenzorg

Ingrid Vandaele, stafmedewerker patiëntenzorg

Verantwoordelijk uitgever

Zr. Mieke Kerckhof, Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

Vormgeving en druk

Geert Daelman

Gedrukt in PZ Onze-Lieve-Vrouw

Ontwerp omslag

Ludo Goderis

Technische afwerking

Creatief Werkcentrum PZ Onze-Lieve-Vrouw

Correspondentie



PZ Onze-Lieve-Vrouw

Koning Albert I-laan 8

8200 Brugge

info@olv.gzbj.be

www.pzolv.be

tel. 050-30 18 00

fax 050-30 18 01



PTC Rustenburg

Oude Oostendesteenweg 43

8000 Brugge

rustenburg@rb.gzbj.be

www.ptcrustenburg.be

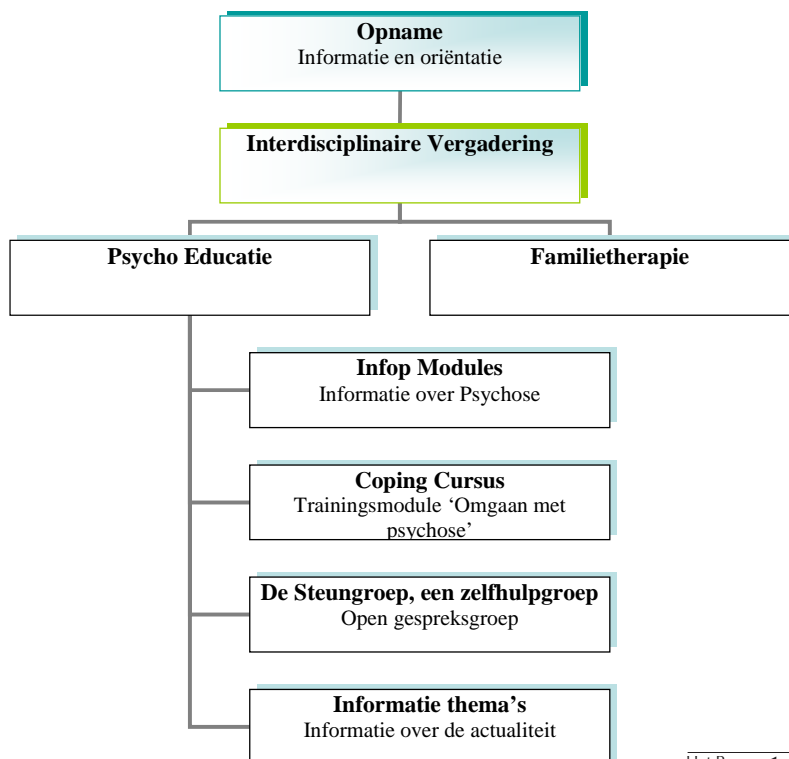
tel. 050-31 81 65

fax 050-31 08 99

COMPAS: EEN CURSUS VOOR FAMILIELEDEN VAN MENSEN MET PSYCHOSE

*Dirk Snauwaert – Maatschappelijk Werker
Familietherapie – Psycho-educatie
Kliniek 2: Psychosenzorg
Kliniek 3: Geronto-psychiatrie
PZ ONZE-LIEVE-VROUW*

—Dit artikel volgt op de bijdrage waarin wij U het InFop pakket hebben toegelicht. Volgend op het InFoppakket kunnen familieleden nu ook een copingcursus volgen waarbij het accent meer ligt op het leren omgaan met en de verwerking. In onderstaand schema ziet U waar deze zich situeert binnen de werking van de psychosenkliniek.



Na twee jaar proefdraaien werd de copingcursus geïntroduceerd door middel van twee opleidingsdagen met name op donderdag **28 februari 2008** in het PZ Onze-Lieve-Vrouw te **Brugge** en op donderdag **20 maart 2008** in het Provinciehuis Vlaams Brabant te **Leuven**. Wij bieden u een aantal passages uit de verschenen cursus.

Compas is tot stand gekomen door een samenwerking tussen de Belgische Schizofrenieliga¹, Similes² en een groep deskundigen³

De copingcursus is een vervolg op het InFoP-programma, een informatieprogramma voor familieleden over psychose. Het eerste deel van dit programma, de psycho-educatie, geeft familieleden informatie over het ziektebeeld en de pathologie van een psychose⁴.

Het tweede deel van dit programma is de copingcursus voor familieleden. Het is een vervolg op de psycho-educatie. Familieleden worden verondersteld het eerste deel gevolgd te hebben of gelijkaardige informatie gekregen te hebben om dit programma te kunnen volgen.

In deze cursus staat niet de patiënt maar *de familie* centraal. Vertrekkende vanuit de behoeften van de patiënt wordt gekeken hoe de familie hiermee kan omgaan zonder de eigen behoeften uit het oog te verliezen. *Coping* is een afgeleide van het engelse woord *to cope* en wordt

vertaald als *vaardig zijn in, omgaan met*.

Familieleden van mensen met schizofrenie worden geconfronteerd met een zeer ingrijpende ziekte waarop zij op geen enkele manier zijn voorbereid. In tegenstelling tot hulpverleners hebben zij meestal ook geen enkele voorkennis wat betreft pathologie en omgangregels. Informatie en psycho-educatie zijn dan ook de eerste behoeften die familieleden ervaren in het leren omgaan met deze ziekte.

Maar de ziekte is niet alleen een medisch gegeven dat betrekking heeft op de patiënt. De veranderingen die de ziekte bij de patiënt teweeg brengt, heeft invloed op de relatie van de patiënt met zijn familie, niet zelden zijn eerste en belangrijkste zorgdragers. De oorspronkelijke relatie tussen de patiënt en zijn familieleden (ouder, partner, kind, broer of zus), komt onder druk te staan door de zorg en de verantwoordelijkheid die zij voor hun ziek familielid krijgen. De patiënt blijft voor hen in eerste plaats een papa, mama, partner, kind, zus of broer, met andere woorden een betekenisvolle persoon met wie zij wezenlijk verbonden zijn.

De copingcursus heeft als doel familieleden te **ondersteunen** in de verwerking van deze veranderingen in de relatie met hun ziek familielid. Veranderingen waardoor familieleden ook geraakt worden in hun eigen

leven. Men spreekt in dit verband soms over **lotsverbondenheid**. **Lotsverbondenheid** is een zeer persoonlijke dimensie die specifiek is voor betrokken familieleden. Ondersteuning van de verwerking van deze veranderingsprocessen bij de patiënt en bij de familie zelf, vraagt een specifieke aanpak waarop de copingcursus een antwoord tracht te bieden.

Hulpverleners hebben een professionele relatie tot de patiënt en zijn niet lotsverbonden. Vooral andere familieleden of m.a.w. lotgenoten kunnen elkaar in deze materie zeer goed aanvoelen. Daarom wordt de cursus ook bewust in groep aangeboden om interactief te kunnen werken. Lotgenoten kunnen leren van elkaar, zoals ook de hulpverleners in deze materie kunnen leren van hen. Het is een nog vrij onontgonnen gebied met veel uitdagingen zowel voor de familie als voor de hulpverlening. Het is een gezamenlijk zoekproces waarin zowel de familie als de hulpverlener zichzelf tegenkomt.

Inhoud van de sessies

De eerste sessies over **copingvaardigheden** stimuleren de zoektocht naar de eigen omgangsvormen met schizofrenie.

De volgende sessies onder het thema **zelfzorg**, confronteren met de eigen behoeften en voorwaarden. En

tijdens de laatste sessies wordt de vraag naar **zingeving** gesteld. Niet zelden moeten familieleden naar aanleiding van de ingrijpende veranderingen op zoek gaan naar een nieuwe zingeving, zowel voor zichzelf, als voor de andere en voor hun onderlinge relatie. Tijdens een creatieve sessie kunnen de deelnemers ervaren hoe ze op een non – verbale wijze in contact kunnen komen met hun dieperliggende gevoelens. Ze kunnen hier inspiratie vinden voor de invulling van die persoonlijke zingeving. Tijdens de laatste sessie voorzien we na de evaluatie een rituele afsluiting om te benadrukken dat er nu een nieuwe fase kan beginnen waarin ze met hun eigen kompas op weg kunnen gaan.

Inhoud en structuur van de cursus

De cursus is als volgt ingedeeld:

Blok 1: Copingvaardigheden

Sessie 1: omgaan met schizofrenie

Sessie 2: omgaan met schizofrenie

Sessie 3: communicatievaardigheden
- algemeen

Sessie 4: communicatie - omgaan met crisis en agressie

Blok 2: Zelfzorg

Sessie 5: schizofrenie en het gezin

Sessie 6: de beleving van de familie

Sessie 7: het belang van grenzen en zelfzorg

Blok 3: Zingeving

Sessie 8: een emotioneel verwerkingsproces

Sessie 9: creatieve verwerking

Afsluiting

Sessie 10: evaluatie en afsluiting

Doelgroep

De copingcursus richt zich uitsluitend tot familieleden van mensen met schizofrenie die zeer dicht

bij de patiënt staan. Dit is nodig om voldoende ruimte, vrijheid en veiligheid voor de familieleden te

garanderen. Bij voorkeur hebben zij de informatieve cursus psycho-educatie gevolgd, zo niet is een

grondig intakegesprek noodzakelijk.

Een minimum aan openheid en een positieve ingesteldheid is een voorwaarde om het groepsproces niet te belasten. Idealiter houdt men tevens rekening met de verschillende betrokkenen (ouders, broer/zus, partner, kind) en streeft men een evenwicht na tussen de diverse invalshoeken.

Timing, duur en frequentie

De cursus bestaat uit 10 sessies van elk 3 uur maximum. De sessies worden met een regelmaat van om de twee weken georganiseerd. Bij avondsessies blijkt dat 2,5 uur het maximum is.

De deelnemers worden gestimuleerd om hun bevindingen op te schrijven na de sessie en tussen de

sessies door. Ook via tussentijdse opdrachten worden zij gevraagd actief met de cursus bezig te blijven. Zij worden uitgenodigd de begeleiders te mailen, of eventueel te bellen, indien nodig. De cursus als geheel beoogt bij de deelnemers een proces op gang te brengen dat zich niet beperkt tot de sessies op zich. Uiteraard zal voor elke deelnemer dit proces anders zijn en kan ook de intensiteit zeer verschillend zijn.

Praktisch

In het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw wordt vanaf december 2008 een derde cursus georganiseerd. De cursus wordt begeleid door Riet Depoortere, psychiatrisch verpleegkundige en Dirk Snauwaert, maatschappelijk werker - familietherapeut.⁵ Geïnteresseerden kunnen zich inschrijven voor de introductieavond op **2 december om 19u30** in Zaal De Pelgrim te bereiken via de hoofdingang van het ziekenhuis. De eerste sessie wordt als een vrijblijvende kennismaking opgevat. Op deze manier kunnen de familieleden het groepsgebeuren ervaren en misschien beter inschatten of deze copingcursus aan hun verwachtingen voldoet. Dit zorgt er voor dat er een zekere selectie gebeurt. Familieleden worden uitdrukkelijk verzocht goed na te denken vooraleer zij zich engageren.

Wanneer zij dat doen vragen we ook een engagement voor de volledige reeks omdat dit het groepsproces danige kan verstoren wanneer men onregelmatig komt. We streven naar een minimum van 7 en maximum 15 deelnemers.

Dit project werd mede gefinancierd door
Janssen-Cilag, Elli Lilly,
Astra Zeneca, Bristol Meyers
Squib en Lundbeck



¹ **De Belgische Schizofrenieliga** heeft een aantal opdrachten, zoals onder andere: informatie verspreiden over de behandeling van schizofrenie, het ijveren voor een destigmatisering van de ziekte, het permanent vormen en sensibiliseren van alle betrokkenen, het formuleren van beleidsopties inzake het behandelen van schizofrenie.

² **Similes** is een vereniging van en voor familieleden van personen met psychische problemen.

³ **De groep deskundigen** die meegewerkt heeft bij het tot stand brengen van de Copingcursus zijn:

Dr. Dirk De Wachter, psychiater, UC St.-Jozef Kortenberg
Kris Pieters, psychologe, PC St. Annendael Diest
Bart Schoovaerts, vormingsmedewerker Vormingplus Oost-Brabant
Geert Gardin, stafmedewerker, PZ O.L.V. Brugge
Dirk Snauwaert, maatschappelijk werker, PZ O.L.V. Brugge
Lut Vanelven, psychologe, PC Ziekeren St.-Truiden
Ria Schoutteet, gezinstherapeute, PC Guislain Gent
Dr. Geerke Steegen, psychiater, UVC Brugmann Brussel
Veerle Feytongs, psychologe, OPZ Geel
Ann Marchand, hoofdverpleegkundige, APZ Sint-Lucia Sint-Niklaas
Martha De Keyzer, familiebetroukkene
Lydie Heyse, familiebetroukkene
Hilde Vanderlinden, maatschappelijk werkster Similes
Mieke Craeymeersch, directeur Similes

⁴ Zie Het Perron nr 1 januari-februari 2007 p1387

⁵ Meer info:

Riet Depoortere, 050/30.18.22 Riet.Depoortere@olv.gzbj.be
Dirk Snauwaert 050/30.18.82 Dirk.Snauwaert@olv.gzbj.be

SYMPOSIUM

*Psychoanalyse en memoires,
het verlangen om te herinneren*



ARTHUR JAPIN / LEONARD NOLENS

Provinciaal Hof, Markt, Brugge

11 oktober 2008

Stichting Psychoanalyse en Cultuur
PSYCHOTHERAPEUTISCH CENTRUM RUSTENBURG BRUGGE
www.ptcrustenburg.be
© *jan vanriet*

Psychotherapeutisch centrum Rustenburg

Het PTC Rustenburg is een centrum voor residentiële en ambulante psychoanalytische therapie gespecialiseerd in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Stichting Psychoanalyse en Cultuur

De Stichting Psychoanalyse en Cultuur is een Belgisch-Nederlandse vereniging die zich tot doel stelt psychoanalytici en geïnteresseerde cultuurwetenschappers met elkaar in contact te brengen.

“Het is een merkwaardig gevoel om op zo vergevorderde leeftijd nog één keer de opdracht te krijgen een ‘opstel Duits’ voor het gymnasium te schrijven... Het is opmerkelijk hoe gretig men op het verzoek ingaat, alsof er in de afgelopen vijftig jaar niets bijzonders is voorgevallen. Men is toch in al die jaren oud geworden, staat vlak voor zijn zestigste levensjaar, en zowel de fysieke gesteldheid als de spiegel laten ons ondubbelzinnig weten hoeveel van onze levenskaars is opgebrand...

Het heden leek verduisterd en de levensjaren tussen tien en achttien rezen uit de schuilhoeken van het geheugen op met hun voorgevoelens en dwalingen, hun smartelijke veranderingen en gelukkig stemmende successen, de eerste blikken op een ten onder gegane cultuurwereld, die althans voor mij later een onovertroffen troost in de worstelingen van het leven zou betekenen, de eerste contacten met de wetenschappen, waarbij men meende te kunnen kiezen aan welke wetenschap men zijn - stellig onschatbare - diensten zou bewijzen. En ik meende me te herinneren dat die hele periode vervuld was van het vermoeden van een taak die zich eerst alleen stilletjes aankondigde, totdat ik haar in mijn eindexamenopstel kon kleden in de luid uitgesproken woorden dat ik in mijn leven een bijdrage wilde leveren aan onze menselijke kennis.

Ik ben vervolgens arts geworden, maar eigenlijk toch eerder psycholoog, en kon een nieuwe psychologische discipline scheppen, de zogeheten ‘psychoanalyse’, die tegenwoordig artsen en onderzoeken in nabije en verre, anderstalige landen, in spanning houdt en tot lof en afkeuring aanspoort.”

*Over de psychologie
van de gymnasiast.
Sigmund Freud.*

VOORAANKONDIGING

zaterdag 11 oktober 2008
van 09.30 tot 17.15 uur

Met de medewerking van
Arthur Japin / Leonard Nolens

en verder:
Marc Franchoo, Joris Gerits,
Nicole Minazio, Jan Scheffer,
Jo Smet en Annelies Van Hees

MULTIDISCIPLINAIRE TEAM- WERKING MÉT PROBLEMEN.

Guy Meyers

Psycholoog

PTC RUSTENBURG

—In de actuele gezondheidszorg is de multidisciplinaire teamwerking een vanzelfsprekendheid geworden.

Zowel binnen de ambulante centra voor zorgverstrekking als binnen het institutionele kader van een ziekenhuis komen hulpverleners samen op formeel vastgelegde overlegmomenten. De bespreking van het verloop - gaande van intake, diagnose, behandeling tot ontslag - is een collectieve zaak waar alle participanten verondersteld worden hun professionele ervaringen en bevindingen uit te wisselen en tot een consensus te komen die een therapeutisch proces ondersteunt en bijstuurt. Uiteraard is het beoogde doel alle inspanningen te leveren die kunnen bijdragen tot het welzijn van de patiënt.

De discrepantie tussen droom en werkelijkheid kan soms zeer groot kan zijn. Het samenbrengen van deskundig opgeleide professionele hulpverleners in een multidisciplinair team verhult niet dat het in wezen gaat om 'mensen' die een 'groep' vormen zonder dat ze voor elkaar gekozen hebben. De sociale band die hen verbindt is het verlangen in te gaan op de hulpvraag van een ander.

Wanneer ik die definitie van een team spiegel aan de situatie van onze patiënten die samengebracht zijn in een behandelgroep voor residentieële groepspsychotherapie, wordt het verschil tussen de groep van de 'behandelaars' en de groep van de 'behandelden' maar heel klein.

Het betekent dat fenomenen van manifeste en latente groepsdynamiek, van primaire en secundaire processen, van imaginair-duale versus symbolisch-triangelaire posities zowel voor de behandelaars als voor de behandelenden van toepassing zijn.

Vanuit mijn ervaring heb ik geleerd dat het lotgenoten-contact bij patiënten (met uitzondering van diegene met psychopathiforme en perverse trekken) in de kritieke levensfase waarin ze verkeren, niet altijd maar toch vaak een meer authentieke, meer solidaire en minder ambivalente verhouding met zich meebrengt. Menselijke miserie legt immers maskers af ! Hierdoor wordt de kans op een niet-gemiste ontmoeting met een stukje particuliere waarheid groter. Omdat leden van een behandelteam zich 'meer gerust in zichzelf' denken (zij zijn immers niet

ziek en als hulpverleners vertegenwoordigers van de 'geesteshygiëne'), kan je er m.i. van uitgaan dat de (subtiele ?) ambivalenties en toegedekte onopgeloste conflicten uit het persoonlijk leven veel meer en sterker aanwezig kunnen zijn onder behandelaars dan dat dit doorgaans aangenomen wordt.

Precies omwille van de aanwezige en werkzame groepsdynamiek onder team-leden (het is onverstandig de overdracht-relaties onder behandelaars te minimaliseren) zullen de latente problemen uit het persoonlijke leven vroeg of laat wakker gemaakt worden en zich re-actualiseren als hedendaagse versies van wat onopgelost is gebleven. Wanneer je ook nog eens de triggers bijtelt die resulteren uit de confrontaties met de patiënten (hun problematiek is vaak een echo van wat bewust of onbewust leeft bij therapeuten) wordt het duidelijk dat residentiële groepspsychotherapie met een groep patiënten en een groep behandelaars ook wel een bijzonder moeilijke onderneming kan worden – in het bijzonder wanneer kritische zelfreflexie onvoldoende aandacht krijgt of op afweer botst.

Nochtans zijn die problemen niet onafwendbaar. Pijnlijke situaties die de werking van een team bemoeilijken of immobiliseren, kunnen voorkomen zoniet beperkt worden. Er is dus geen

enkele reden om negatief te doen over team-werking maar dan op voorwaarde dat eraan gewerkt wordt. Hiermee bedoel ik dat het belangrijk is om te letten op een aantal zaken. Er zijn immers signalen die op een ongunstige manier interfereren met een goede teamwerking en met het therapeutisch proces bij patiënten.

Ik noem enkele van die signalen:

- vorming van sub-groepjes binnen het team die zich niet integreren maar eilandjes vormen; team-leden die zich onafhankelijk of ongebonden opstellen, worden geïsoleerd
- wreveld over collega's wordt verdoken geventileerd tegenover andere collega's zonder dat een rechtstreekse dialoog wordt aangegaan; rivaliteit en concurrentie krijgen vrije toegang
- een bepaald 'type' patiënt (meestal van borderline-signatuur of met een narcistische uitstraling) wordt ervaren als een mogelijke bedreiging voor de samenhang van het team; hierbij gaan teamleden elkaar steunen en bevestigen (uit zelfbescherming) om samen een front te vormen; er wordt nog nauwelijks kritisch stil gestaan bij het eigen aandeel in de negatieve beeldvorming over die patiënt; het onveiligheidsgevoel van de hulpverleners wordt uitgehandeld in het vertellen van anekdotes die de betrokken patiënt nog meer in een negatief daglicht plaatst
- onzorgvuldigheden bij het rapporteren van bevindingen uit het

het team-overleg die de boodschap inhoudelijk vertekenen (dit kan door 'uit de biecht te spreken', door te 'vergeten' de patiënt hierover tijdig te informeren, door bij het rapporteren 'weglatingen' of 'toevoegingen' te doen,...)

- onduidelijkheid in het omgaan met afspraken en leefregels
- inkonsekvent en niet-transparant omgaan met het toestaan of weigeren van uitzonderingen
- toenemende grensvervaging en onvoorspelbaarheid rond wat kan of mag verwacht worden als antwoord op een vraag

Over de aanwezigheid van deze signalen, vind ik het belangrijk te stellen dat het in beperkte mate, geïsoleerd en occasioneel voorkomen van één of enkele van deze fenomenen niet problematisch hoeft te zijn. Teamwerking met enkel een foutloos parcours, bestaat niet !

Maar wanneer *meerdere* signalen duidelijker en *explicieter* samen voorkomen, met een *hogere frekwentie* en in de tijd steeds *korter* op elkaar volgen, zijn er wel redenen om met aandacht en bezorgdheid kritisch na te denken over wat er gaande is. Indien men dit niet doet, vrees ik dat het therapeutisch werk stilvalt, vastloopt en in een niet constructief perspectief wegzakt.

Het is belangrijk te weten dat de signalen die ik opnoemde, niet gezien worden als op zichzelf staande 'fouten' maar geïnterpreteerd worden

binnen de ruimere context van overdracht- en tegenoverdracht-fenomenen die meestal niet of ontoereikend onderkend worden. Vaak worden ze geminimaliseerd of ontkend.

Deze fenomenen hebben steeds te maken met onopgeloste individuele problemen bij hulpverleners die ook met hun onbewuste, hun verdeeldheid en niet vereffende schuld en agressie leven. In de confrontatie met hun werk, gaat wat niet verwerkt of bewerkt werd rond een vader, een moeder, een kind ... zich herhalen in de wijze waarop een antwoord wordt gegeven op de hulpvraag van degene in nood. Te verwachten valt dat naarmate er 'vroeger' in het eigen verleden niet genoeg kon verholpen worden, het verlangen om 'nu' te helpen insisteert en grenzen overschrijdt.

De beste bedoelingen kunnen niet voorkomen het kwaad dat eruit voortvloeit. Signalen die het onbehagen in het werk kenbaar maken, zijn een uiting van acting-out van overdracht-fenomenen (onder hulpverleners) en van tegenoverdracht-fenomenen (onder hulpverleners en hun patiënten).

Symptomen houden uit zichzelf niet op te bestaan. Zonder interpretatie en bewerking verandert er niets. Moet een multidisciplinair team dan zelf als groep in therapie ? Welk heil valt er te verwachten van gesuperviseerde team-werking ? Moeten team-leden hun individuele gevoelens en

gevoeligheden t.a.v. elkaar uitspreken, exploreren of analyseren? Is een individueel en/of groepsdynamisch psychotherapeutisch perspectief wenselijk of noodzakelijk voor een optimale team-werking?

Naar mijn mening heeft team-supervisie als functie de aandacht te vestigen op wat loopt en misloopt in de werk-relatie van hulpverleners met hun patiënten. In die betekenis is team-supervisie een diagnostisch instrument dat aanwijzingen kan geven voor de impact van mechanismen die binnen de groep of bij groepsleden werkzaam zijn en die het professioneel functioneren beïnvloeden.

Het therapeutisch uitzuiveren van deze mechanismen gebeurt *buiten* de gesuperviseerde team-werking. Hiervoor is een eigen psychotherapeutisch parcours *buiten* de professionele groep aangewezen waar in veiligheid en openheid kan gesproken en doorwerkt worden wat zich anders als acting-out manifesteert in een multidisciplinaire team-werking mét problemen.

Daarom vind ik het geen goed idee dat er tijdens team-supervisies wordt gefocust op wat teamleden denken en voelen over elkaar. Waar de focus volgens mij wél hoort te liggen bij een gesuperviseerde team-werking is dat team-leden binnen de context van een casus-bespreking openhartig zouden kunnen spreken over wat ze ervaren en denken over patiënten. In het

bijzonder gaat het dan over die zaken waarmee men het moeilijk heeft of waaraan men zich ergert of stoort.

Het spreken is maar constructief als het een spreken is vanuit een verdeeldheid of een onbehagen. Het verschil tussen een gesuperviseerde en een niet-gesuperviseerde team-vergadering ligt aan het inperken van de defensie-mechanismen die zich meestal niet-intentioneel meester maken van het spreken. De aanwezigheid van de supervisor mag geen forum worden voor het houden van een meester-discours door een super-therapeut. De supervisor draagt al minstens door zijn aanwezigheid bij tot het creëren van een minder onvrij, minder defensief spreken onder de team-leden.

Spreken onder supervisie installeert, onderhoudt en relanceert een 'ander-spreken' dat focust op wat anders dreigt onuitgesproken te blijven. In de regelmaat waarmee gesuperviseerde team-vergaderingen georganiseerd worden, groeit een cultuur van minder-gecensureerd spreken en denken over het 'waarom' van dit onbehagen en over therapeuten en hun subjectieve betrokkenheid. Reflecties die uitnodigen tot doorwerken en tot verandering.

