

*Er hapert iets aan hoe we in Vlaanderen omgaan met psychose: veelal worden psychotische ervaringen louter biomedisch bekeken en wordt niet gewerkt met de inbedding ervan binnen een levenscontext en een sociale omgeving. Deze hapering is verontrustend, maar opent de deur voor een nieuwe kijk die niet louter uitgaat van een biologisch defect, en die de aandacht richt op de crisiservaring van zij die een psychose ondergaan.*

# Omgaan met psychose via dialoog

## Over de open dialoogbenadering van Jaako Seikkula

### ■ Wat mank loopt in onze huidige aanpak van psychose

Eerst en vooral is er iets aan de hand met ons medicatiegebruik. Cijfers van de Algemene Farmaceutische Bond tonen dat het gebruik van antipsychotica de voorbije jaren exponentieel is gestegen. In 1996 gingen er 22.160.996 dagdosissen over de toonbank bij de apotheker. Na een proces van gestage groei is dat twintig jaar later meer dan het dubbele: In 2015 werden er 49.704.260 dagdosissen verkocht. Enerzijds zouden deze cijfers kunnen wijzen op een vooruitgang in de behandeling: beter dan ooit voordien hebben mensen toegang tot gepaste medicijnen. Anderzijds kunnen deze cijfers ook bekeken worden als spiegel voor hoe we omgaan met psychose: meer dan ooit wordt psychose beschouwd als een biomedisch te behandelen aandoening.

Verscheidene prominente internationale academici stippen aan dat deze biomedicaliserende kijk problematisch is. De Nederlandse psychiater Jim van Os heeft op dat vlak een uitgesproken standpunt. Na jaren onderzoek naar de biologische grondslag van schizofrenie komt hij tot het besluit dat er geen duidelijk biologisch profiel samenhangt met de aandoening: *“Als we bij een groep van 100 patiënten en 100 controlepersonen een hersenscan maken of cognitieonderzoek doen, zien we weliswaar soms gemiddelde verschillen, maar de betekenis van deze correlaten is onzeker. Het is niet correct om correlaten te presenteren als afwijkingen die kunnen fungeren als een diagnostische marker voor een hersenziekte”* (van Os & Boevink, 2015, p. 285). Ook inzake de oorzaak van psychotische problemen is het niet enkel biologie die de klok slaat. Waar men jaren dacht dat het doorbreken van een psychose eerder een kwestie van nature dan van nurture was, blijkt nu dat de beide dimensies globaal genomen een quasi even grote impact hebben. Bovendien hangen deze dimensies onderling sterk samen: *“Psychotische syndromen kunnen beschouwd worden als stoornissen bij het zich aanpassen aan een sociale context. Hoewel erfelijkheid vaak wordt benadrukt, is het ontstaan ervan vaak verbonden met omgevingsfactoren zoals negatieve vroege*

*levenservaringen, opgroeien in een stedelijke omgeving, behoren tot een minderheidsgroep en cannabisgebruik”* (van Os, Kenis & Rutten, 2010, p. 203). Precies deze contextuele inbedding van psychotische problemen in de bijzonderheden van iemands leven, sociale omgeving en (sub-)culturele situatie zouden ons er toe moeten aanzetten om ook bij interventies de focus niet enkel op het lichaam te richten.

Ten tweede lieten ervaringsdeskundigen de laatste jaren duidelijk hun stem horen over negatieve uitwassen bij de behandeling van psychosen. Het werk van Brenda Froyen (2014) en van Ingrid Lammerant (2015) is op dit punt veelzeggend. Beiden maken ze duidelijk dat psychiatrische behandelingen veelal weigeren om het verhaal van de patiënt met psychotische ervaringen te beluisteren. Patiënten worden geacht om te zwijgen over hun psychoses en over de dilemma's die deze tot uitdrukking brengen. Wanneer ze dan toch uiting geven aan hun belevingen en bezorgdheden, krijgen patiënten veelal te kampen met repressieve maatregelen zoals afzondering in isolatieruimtes en gedwongen medicatiegebruik.

### ■ De dialoog als alternatief

Intussen wordt in Finland reeds jaren op compleet andere wijze naar psychose gekeken. In de jaren tachtig gaf een enthousiaste equipe psychotherapeuten vorm aan een complete ommezwaai in het denken. Onder de vlag van *Open Dialoog* wordt er met groot succes vooral gesprekstherapeutisch gewerkt met psychose. Jaako Seikkula is een drijvende kracht achter deze beweging. Onderstaand geef ik een synthese van zijn ideeën en betrachtingen. Hierbij baseer ik me op het verhaal dat hij bracht bij zijn bezoek aan Vlaanderen op 21 en 22 april 2016 te Beernem (studiedag Verbindend spreken met psychose van Zorgcircuit Psychose Noord-West-Vlaanderen), en op een aantal van zijn kernpublicaties (Seikkula, 2011; Seikkula & Olson, 2003; Seikkula et al., 2006, 2011).



Jaako Seikkula © Frank Schaffler

Een belangrijk uitgangspunt van Seikkula is dat anti-psychootische medicatie niet altijd een gunstig effect heeft op psychotische ervaringen. Veelal leggen ze het psychisch leven plat en leiden ze niet tot duurzaam herstel. Voor hem is dat een bewijs dat we psychotische symptomen best niet louter bekijken vanuit een biomedische bril. Van Os en Boevink (2015) benadrukken dit ook: hoe antipsychotica precies werken weten we niet, en dus houdt het geen steek om te denken dat ze genezend zouden werken. Seikkula beschouwt psychotische symptomen daarentegen vooral als uitingen van een subjectieve crisis. Psychotische reacties zijn overlevingsstrategieën die mensen ontwikkelen binnen extreme levenssituaties, en veelal weerspiegelen ze traumatiserende gebeurtenissen waar iemand helemaal geen raad mee weet. In die zin is er een duidelijke link met de psychoanalytische theorie van Lacan (Vanheule, 2011).

Qua theoretisch kader vertrekt Open Dialoog vanuit de systeemtheorie en psychoanalyse, aangevuld met de taaltheorie van Michael Bakhtin. Centraal bij de benadering staat de waardering voor taal en communicatie. Taal is van levensbelang, en communiceren is voor de mens even vitaal als ademen. Psychotische ervaringen zijn vaak complex en chaotisch. Precies daardoor zijn ze zo moeilijk te communiceren, en noodzaken ze ons om geval per geval woorden te vinden voor wat zo overrompelend is. Seikkula meent dat psychotische crisissen zich eerst als belichaamde affectieve ervaring laten voelen. Daarom is het zo belangrijk om mensen uit te nodigen het verhaal te brengen over wat ze meemaken. Cruciaal op dit punt is de theoretische aanname dat de men-

selijke ervaring meerstemmig of polyfonisch van aard is. Dit wil zeggen dat er binnen de ervaring van een persoon vaak verschillende perspectieven of stemmen naast elkaar bestaan. Deze vormen geen mooi geheel en hun diversiteit is belangrijk omdat ze allemaal aspecten uitdrukken van wat iemand beleeft. Dergelijke polyfonie is zowel intra-individueel als tussen mensen aanwezig. Crisissen gaan vaak liggen indien deze meerstemmigheid wordt erkend en gerespecteerd.

Kenmerkend voor de Open Dialoog-benadering, is het uitgangspunt dat psychotische crisissen veelal geen residentieële opname vereisen. Door te werken via een volgehouden dialoog met diverse betrokken partijen kan een ondersteunend netwerk ontstaan dat de pijnlijke crisis dragelijk maakt.

Seikkula zet hierbij de volgende kernprincipes in de verf:

- 1) *Onmiddellijke hulp*. Binnen de klassiek hulpverlening zijn er vaak lange wachtlijsten en kan het een tijd duren voor er contact is met een professional. Dit is nefast. Op momenten van crisis is er immers de noodzakelijke mentale openheid om over psychotische ervaringen te spreken. De hulpverlening moet gebruik maken van dit momentum. Idealiter moet er daarom binnen de 24u een eerste afspraak belegd worden. Vaak leiden deze eerste gesprekken tot het terugvinden van de mentale coherentie die doorheen de psychotische beleving teloor was gegaan.
- 2) *Psychologische continuïteit en verantwoordelijkheid*. De klassieke hulpverlening is vaak opgebouwd rond doorverwijs-

circuits, waarbij de patiënt sequentieel te maken krijgt met allerlei professionals die doorheen de tijd en in functie van hun specialisme elk een deeltje van de problematiek aanpakken. Seikkula vindt dit nefast en stelt dat de continuïteit centraal moet staan. Praktisch impliceert dit dat de professional die eerst werd gecontacteerd, verantwoordelijk is en blijft voor het verdere verloop van het hulptraject. Doorheen de tijd, en over begeleidingsvormen heen (bijvoorbeeld outreaching en residentieel), moet eenzelfde equipe instaan voor de geboden hulp. Om continuïteit te garanderen, geldt de patiënt als maatstaf. De duur, intensiteit en hoeveelheid hulp wordt bepaald in functie van iemands nood, niet op basis van externe standaarden en beperkingen.

- 3) *Sociaal netwerkperspectief*. De Open Dialoog-benadering contextualiseert psychotische problemen in het interpersoonlijk systeem waarbinnen iemand functioneert. Veelal weerspiegelen ze een relationele crisis, waarbij belangrijke belevingen niet gecommuniceerd raken en de verbinding tussen personen onder hoogspanning komt te staan. Open Dialoog-interventies gaan daar radicaal tegen in. Waar klassieke psychiatrische interventies veelal pogen om de patiënt te isoleren van zijn of haar omgeving, zal Open Dialoog iemands naasten volop betrekken. De psychotische crisis wordt niet enkel met de patiënt besproken, maar poogt om het netwerk (familieleden, vrienden, collega's...) mee in de dialoog te betrekken.
- 4) *Dialogisch werken*. Het interventiemiddel bij uitstek binnen deze benadering is de dialoog. Door heel open te praten over wat moeilijk loopt in het leven van de patiënt, en binnen diens contacten met anderen, poogt de Open Dialoog-benadering grip te krijgen op de pijnlijke ervaringen die aanleiding geven tot psychotische symptomen. Symptomen duiken reactief op wanneer iemand er niet in slaagt om via zijn of haar gebruikelijke psychische activiteit vat te krijgen op ervaren moeilijkheden en dilemma's. Door te spreken en te reflecteren gaat men actief in tegen deze moeilijkheid en kan een houvast ontstaan om met dergelijke pijnpunten om te gaan. Hierbij schrijft men de geschiedenis van wat zo overrompelend is. Bij het schrijven van deze geschiedenis gaat men uit van meerstemmigheid: elk verhaal omvat verschillende perspectieven. Praktisch gezien wordt bij de Open Dialoog-aanpak vooral gewerkt met open vragen, waarbij men de antwoorden heel zorgvuldig beluistert en laat resoneren in het gesprek. De manier waarop met collegiaal overleg wordt omgegaan is ook heel bijzonder omdat professionals hun opinies articuleren in bijzijn van de patiënt en diens context, en niet in aparte vergaderingen. Deze aanpak is volgens Seikkula hoogst functioneel omdat ze de interne dialoog bij eenieder uit het systeem activeert.
- 5) *Tolerantie van onzekerheid*. Op het moment van een psychotische crisis ervaart men zichzelf en anderen veelal als onveilig. Dit probeert Open Dialoog actief te counteren door een klimaat van veiligheid te creëren en actief te verdragen dat er binnen een systeem verschillende perspectieven kunnen zijn op de crisis. Praktisch impliceert dit dat verschillende hulpverleners soms apart zullen spreken met verschillende leden uit een systeem en er actief voor zorgen dat iedereen zich veilig voelt tijdens de gesprekken.

- 6) *Flexibiliteit en mobiliteit*. Open Dialoog-interventies worden zoveel mogelijk in de leefcontext van een persoon uitgevoerd en volgen geen vast protocol.

### ■ Dialogisch werken werkt

Werken met de Open Dialoog-benadering vergt een volgehouden inspanning van de professional, die noodzakelijkerwijs goed ondersteund dient te worden via een voortgezette psychotherapeutische opleiding vanuit een systemisch en/of psychoanalytisch perspectief. Dit vereist een investering, die op termijn echter loont. Vooral in Finland werd onderzoek gedaan naar de effecten van dialogisch werken met psychose. Globaal blijkt daaruit dat deze aanpak leidt tot herstel, wat tot uiting komt in dalend medicatiegebruik, verhoogde tewerkstelling, minder symptomen en minder hospitalisaties (Seikkula, et al., 2006, 2011). In het bijzonder internationale vergelijkingen (bijvoorbeeld Finland versus Zweden) maken duidelijk dat deze positieve impact aanzienlijk is.

Tot slot nog dit. Tijdens de studiedag in Beernem op 21 april 2016 maakte Seikkula duidelijk dat een dialogisch-gespreksterapeutische aanpak van psychose niet zomaar gekopieerd kan worden. Het is pas door de benadering dialogisch goed in te bedden in en aan te passen aan de lokale context dat deze succes kan hebben. Het is aan ons om deze oefening te maken.

### Stijn Vanheule

professor, Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie  
Universiteit Gent

### Referenties

- Froyen, B. (2014). *Kortsluiting in mijn hoofd*. Antwerpen: Manteau
- Lammerant, I. (2015). De kern van humane psychiatrische zorg. *Psyche*, 27(1), 8-10
- Seikkula, J. (2011). Becoming dialogical: psychotherapy or way of life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 179-193
- Seikkula, J. & Olson, M.E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403-418
- Seikkula J., et al. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214-228
- Seikkula J., et al. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192-204
- van Os, J. & Boevink, W. (2015). Discussie over niet-bestaan van schizofrenie; is er een olifant in onze kamer? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 284-287
- Vanheule, S. (2011). *Psychose ander bekeken. Over de theorie van Jacques Lacan*. Leuven: Lannoo Campus
- van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B.P.F. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468, 203-212