

OPEN DIALOGUE

in het nieuwe tijdperk van ggz

Jaakko Seikkula

Jaakko.seikkula@jyu.fi

Seikkula, J. & Arnkil, TE: Open dialogues and anticipations. Respecting Otherness in the present moment. Helsinki: THL (2014)

REFERENTIES

-
- **Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Haarakangas, K., Keränen, J. & Lehtinen, K. (2006).** Five years experiences of first-episode non-affective psychosis in Open Dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes and two case analyses. *Psychotherapy Research*, 17,
- **Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011).** Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area the Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191
- **Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011).** The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 192-204. DOI:10.1080/17522439.2011.595819
- **Whitaker, R. (2010).** Anatomy of an epidemic. Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. New York, NY: Crown.
-



- “... authentiek menselijk leven is de dialoog met een open einde. Het leven is van nature dialogisch. Leven betekent deelnemen aan dialogen: vragen stellen, waarnemen, antwoorden, akkoord gaan, en zo verder. **In deze dialoog participeert een persoon volledig en voor heel zijn leven: met zijn ogen, lippen, handen, ziel, geest, met heel zijn lichaam en zijn daden.** Hij investeert zijn volledige zelf in de redevoering en deze redevoering betreedt de dialogische stof van menselijk leven, in het wereldsymposium” (M. Bakhtin, 1984)

Neuroleptische medicatie gerelateerd aan hersenkrimping (Andreasen, 2011)

“ Langere follow-up gecorreleerd met kleinere hersenweefsel-volumes en grotere hersenruggenmergsvocht-volumes.

Grotere intensiteit van antipsychotische behandeling werd geassocieerd met indicatoren van gegeneraliseerd en specifiek hersen weefselverlaging na uitzuivering van de effecten van de 3 andere voorspellers. **Meer antipsychotische behandeling werd geassocieerd met kleinere grijze massavolumes.** Progressieve verlaging van witte massavolume was het best waarneembaar bij patiënten die meer antipsychotische behandelingen kregen.

De ernst van de ziekte had een relatief bescheiden correlatie met weefsel volumevermindering, en alcohol/illegale drug misbruik hadden geen significante associatie wanneer aangepast werd voor de effecten van de andere variabelen.”

Beng-Choon Ho, Nancy C. Andreasen, Steven Ziebell, Ronald Pierson, Vincent Magnotta
Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes A Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(2):128-137

Neuroleptische medicatie kan verwant zijn aan een hoger sterftecijfer (Joukamaa, 2006; ; Kiviniemi, 2014)

- Tijdens een 17-jaar lange follow-up, zijn 39 van de 99 mensen met schizofrenie gestorven. Aangepast aan leeftijd en geslacht was het relatieve sterfterisicoverschil tussen zij met schizofrenie en anderen 2.84 (95% CI 2.06-3.90), en was het 2.25 (95% CI 1.61-3.15) na verdere aanpassing voor somatische ziektes, bloeddruk, cholesterol, BMI, roken, beweging, alcohol gebruik en opleiding. **De hoeveelheid van neuroleptica die werd gebruikt op het moment van de basislijnmeting toonde een gegradeerde relatie tot sterfte.** Aangepast voor leeftijd, geslacht, somatische ziektes en andere potentiële risicofactoren voor voortijdige dood, was het relatief risico 2.50 (95% CI 1.46-4.30) per verhoging van één neuroleptica.
- [Joukamaa M](#), [Heliovaara M](#), [Knekt P](#), [Aromaa A](#), [Raitasalo R](#), [Lehtinen V](#). Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. Br J Psychiatry. 2006 Feb;188:122-7

Psychiatrie in verandering

- Geen medicatie of lage dosis bij eerste-episode patiënten hadden een beter sociale uitkomst na zeven jaar (Wunderink et al., 2013)
- Cognitieve therapie is effectief in psychose zonder neuroleptische medicatie (Morrison et al., 2014)
- ”Talking cure” van psychose is bezig met een comeback – 10 benaderingen, OD is een van de benaderingen (Science, 3/2014)
- RAISE studie: ”Talking cure” met het team en de familie samen met lage doses van psychose-medicatie is superieur aan TAU medicatie praktijk (American Jo Psych; 10/2015)

”We moeten onze praktijken herbekijken”

- Patrick McGorry, Mario Alvarez-Jimenez & Eoin Killackey, (2013) Antipsychotic Medication During the Critical Period Following Remission From First-Episode Psychosis Less Is More. JAMA Psychiatry.
- Tom Insel: New medication procedure needed.
- [Antipsychotics: Taking the Long View](#)
- By [Thomas Insel](#) op 28 augustus 2013
- <http://www.nimh.nih.gov/about/director/index.shtml>

Drie hypothesen

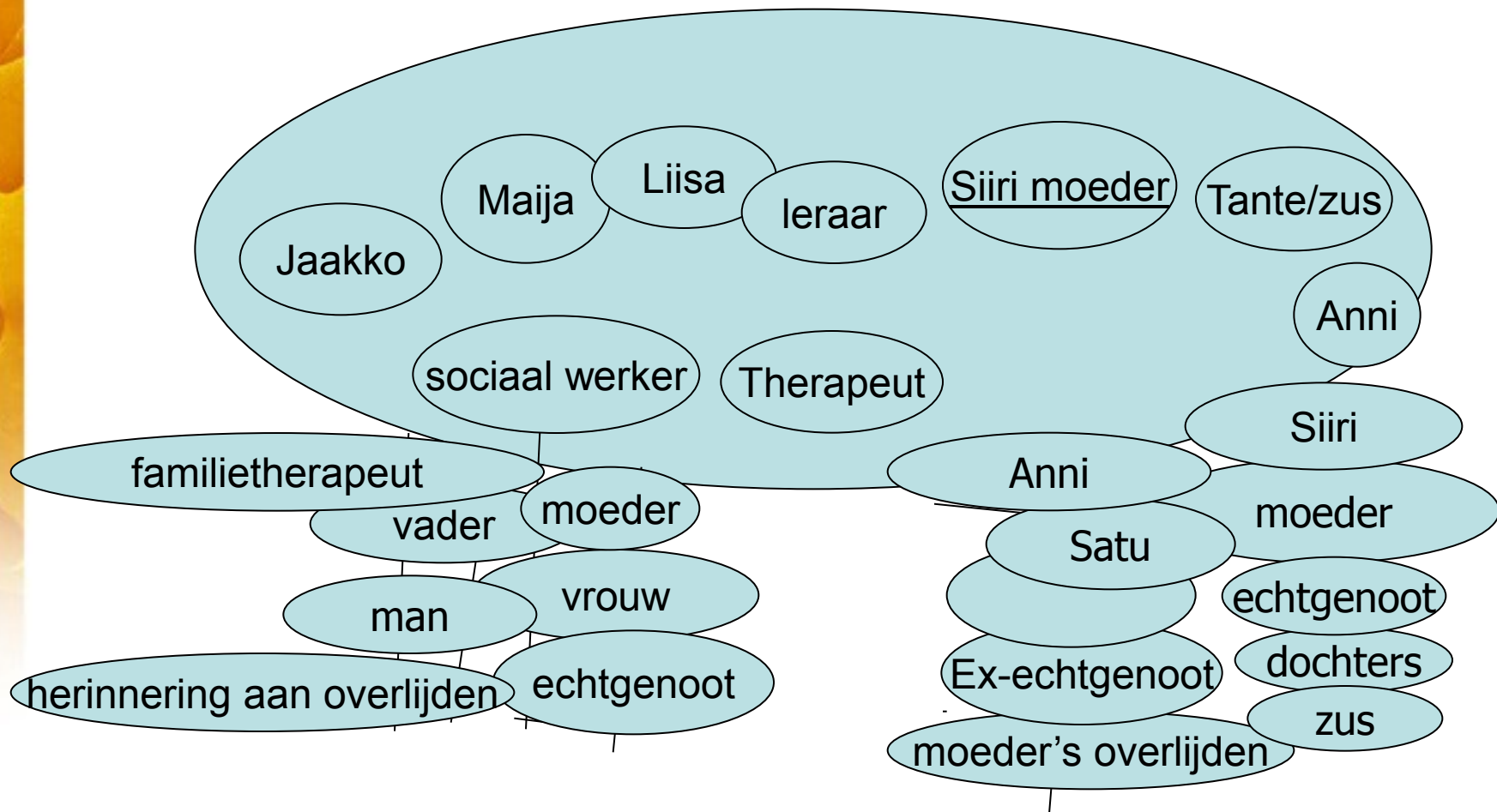
- "Psychose" als een categorie bestaat niet
- Psychotische symptomen zijn geen symptomen van een ziekte
 - strategie voor onze belichaamde psyche om vreemde ervaringen te overleven
- Langdurig psychotisch gedrag is meer een resultaat van slechte behandeling in twee aspecten:
 - behandeling begint te laat
 - niet-adequaat begrip van het probleem en menselijk leven leidt tot een verkeerde behandelreactie

Psychotisch gedrag is reactie

- Vaker voorkomend dan we hadden gedacht – niet alleen patiënten – “psychose behoort tot het leven”
- Hallucinaties bevatten echte gebeurtenissen uit iemand zijn leven – slachtoffers van traumatische gebeurtenissen – niet als redenen
- Belichaamde kennis – niet bewust in plaats van onbewust – ervaringen die nog geen woorden hebben
- Luister aandachtig om te begrijpen – garandeer dat alle stemmen gehoord worden

Psychose en belichaming

- Beweging – affecten – emoties
- In psychose essentiëler: zowel psychologisch als communicatief in de sfeer van belichaamde bewegingen en affecten – minder woorden voor gedachten-gerelateerde emoties
- De therapeut beleeft gemakkelijk hetzelfde type van lichamelijke affecten door het aanvoelen van iets zonder woorden – gelijkenis met de gevoelens/affecten van de patiënt



 "Verticale meerstemmigheid" = innerlijke stemmen

oorsprong van Open Dialogue

- Gestart in Fins West-Lapland begin jaren 1980
- Need-adapted approach – Yrjö Alanen
- Het integreren van systemische familietherapie en psychodynamische psychotherapie
- Behandel-meeting 1984

vóór Open Dialogue in West-Lapland

- Behandel-meetings in het ziekenhuis sinds 1984
- Opname-meetings in het ziekenhuis sinds 1988
- De nood aan hospitalisatie zakt radicaal – crisisinterventieteams en huisbezoeken sinds 1990
- Uitgebreide maatschappelijke zorg sinds 1990
- Onderzoekproject 1994 – 1995 (Jukka Aaltonen)
Hoofdelementen van optimale behandeling - Open Dialogue

wat is Open Dialogue?

- Handleidingen voor klinische praktijk
- Systematische analyses van de eigen praktijk
In Tornio sinds 1988: Meest wetenschappelijk bestudeerd psychiatrisch systeem?
- Systematische psychotherapie training voor het volledige personeel.
In Tornio 1986: Hoogste opleidingsniveau van het personeel?

HOOFDPRINCIPES VAN HET ORGANISEREN VAN OPEN DIALOGUES IN SOCIALE NETWERKEN

- ▣ ONMIDDELLIJKE HULP
- ▣ SOCIAAL NETWERK PERSPECTIEF
- ▣ FLEXIBILITEIT EN MOBILITEIT
- ▣ VERANTWOORDELIJKHEID
- ▣ PSYCHOLOGISCHE CONTINUÏTEIT
- ▣ TOLERANTIE VAN ONZEKERHEID
- ▣ DIALOGISME

ONMIDDELLIJKE HULP

- Eerste meeting in 24 uur
- Crisisdienst voor 24 uur
- Iedereen participeert vanaf het begin
- Psychotische verhalen worden bediscussieerd in open dialoog met iedereen aanwezig
- De patiënt bereikt iets van het “nog-niet-gezegde”

SOCIAAL NETWERK PERSPECTIEF

- Zij die het probleem definiëren, moeten geïncludeerd worden in het behandelproces
- Een gezamenlijke discussie en beslissing over wie kennis heeft van het probleem, wie zou kunnen helpen en wie uitgenodigd zou moeten worden naar de behandel-meeting
- Familie, vrienden, collega's en andere instanties

FLEXIBILITEIT EN MOBILITEIT

- De reactie is behoefte-gericht, zodat het aangepast is aan de speciale en veranderende noden van elke patiënt en hun sociaal netwerk
- De plaats voor de meeting wordt gezamenlijk beslist
- Van instellingen tot huizen, tot werkplaatsen, tot scholen, tot poliklinieken etc.

VERANTWOORDELIJKHEID

- De persoon die als eerst gecontacteerd werd, is verantwoordelijk voor het organiseren van de eerste meeting
- De team is verantwoordelijk voor het hele proces, ongeacht de plaats van de behandeling
- Alle problemen worden openlijk bediscussieerd tussen de verantwoordelijke arts en het team

PSYCHOLOGISCHE CONTINUÏTEIT

- Een geïntegreerd team, zowel met outreachpersoneel en residentieel personeel, wordt gevormd
- De meetings zo vaak als nodig
- De meetings voor een zo lange periode als nodig
- Hetzelfde team zowel in het ziekenhuis als outreachend/mobiel
- In de volgende crisis de kern van hetzelfde team
- Niet doorverwijzen naar een andere plaats

TOLERANTIE VAN ONZEKERHEID

- een omgeving opbouwen voor een voldoende veilig proces
- het promoten van psychologische hulpbronnen van de patiënt en zij het dichtst bij de patiënt
- vermijd voorbarige beslissingen en behandelplannen
- open definiëren

DIALOGISME

- De nadruk op dialoogontwikkeling – niet primair in het promoten van verandering bij de patiënt of bij de familie
- Nieuwe woorden en gezamenlijke taal voor de ervaringen, dewelke nog geen woorden of taal hebben
- Luister naar wat de mensen zeggen, niet naar wat ze bedoelen

OPEN DIALOGUE MEETINGS: iedereen participeert vanaf het begin

- ❏ Iedereen participeert vanaf het begin van de meeting
- ❏ Alle zaken geassocieerd met het analyseren van de problemen, het plannen van de behandeling en het nemen van de beslissingen worden openlijk bediscussieerd met iedereen aanwezig

Variaties: Acute Team in Tromsso

- Dr. Magnus Hald en Annrita Gjertzen
- Acuut team in verbinding met de acute ziekenhuisafdeling
- Goede kracht (n=15/70 000), dagelijks werken van 8 a.m. tot 8 p.m., nachtdienst op de ziekenhuisafdeling
- Alle contacten met acute psychiatrie via het team
- Reflectieve processen als de vorm van dialogen – de ene interviewt, de andere(n) luistert en geeft later commentaar
- Twee jaar training voor het personeel ("Relation and network education")

Variaties: Children and Adolescent Psychiatric Unit in Gällivare, Zweden

- Dr. Eva Kjellberg
- Bedient een groot gebied met 200 000 inwoners
- Nauw verbonden met sociale zorg
- Na doorverwijzing is de eerste meeting altijd samen met de familie, de verwijzende partij en relevante anderen
- De nood aan verdere behandeling verminderde snel wanneer het netwerk gemobiliseerd werd
- Reflectieve processen als de vorm van dialoog
- Twee jaar training

Variaties: Home Treatment Teams in Duitsland

- Dr. Volkmar Aderhold en Nils Greve
- Ambulante diensten voor acute patiënten in de psychiatrische afdelingen (populatie kan bijvoorbeeld 200 000 tot 300 000 zijn) (N= 22 teams momenteel)
- Insurance driven practice – specifieke afspraken met verzekeringsmaatschappijen voor de duur van een project – evaluatie is begonnen
- Trainingprogramma's van één jaar

Variaties – drie VS projecten

- Umass Medical School: Kernelementen van Open Dialogue
- New York: Parachute project – 5 teams
- Advocates Framingham Massachusetts
- Vermont state
- 1 tot 2 jaar opleidingprogramma's voor clinici en peers

Peer-supported Open Dialogue

- 1) UK – verschillende Mental Health Trusts
 - OD principes inclusief peers als hulpbronnen
 - Basistraining van Open Dialogue – 20 dagen

- 2) Open Dialogue certificaat drie jaar training (60 ect)
 - Trainers betrekken in training
 - Peers

Open Dialogue in Italië

- 8 provincies – waaronder Trieste
- Training van 80 professionelen – 16 dagen + supervisie
- Onderzoek naar de effectiviteit en processen

1: EEN GEZAMENLIJKE GESCHIEDENIS GARANDEREN

- ▣ Iedereen participeert van het begin in de meeting
- ▣ Alle zaken die geassocieerd zijn met het analyseren van de problemen, het plannen van de behandeling en het maken van beslissingen worden openlijk bediscussieerd en beslist terwijl iedereen aanwezig is
- ▣ Noch thema's, noch de vorm van dialoog worden op voorhand gepland

2: GENEREER NIEUWE WOORDEN EN TAAL

- Het hoofddoel in de meetings is niet een interventie die de familie of de patiënt probeert te veranderen
- Het doel is het opbouwen van een nieuwe gezamenlijke taal voor deze ervaringen, die nog geen woorden hebben

3: STRUCTUUR DOOR DE CONTEXT

- De meeting kan gehouden worden door een therapeut of door een heel team
- De taak van de begeleider(s) is
 - (1) de meeting beginnen met open vragen;
 - (2) garanderen dat stemmen gehoord worden;
 - (3) ruimte te voorzien voor gesprek tussen de professionelen;
 - (4) de meeting afronden met een definitie van de meeting

4: TRANSPARANT WORDEN

- Professionelen discussieren openlijk over hun eigen observaties terwijl het netwerk aanwezig is
- Er is geen specifiek reflectief team, maar de reflectieve conversatie vindt plaats door de positieverandering van interviews naar dialoog
 - kijk naar je collega – niet naar cliënten
 - positieve, op hulpbronnen gefocuste commentaren
 - in de vorm van een vraag – “ik vraag me af of...”
 - vraag op het einde commentaar van de cliënten
- Reflecties zijn er voor mij om meer te begrijpen – geen therapeutische interventie

5 jaar follow-up van Open Dialogue in Acute psychose (Seikkula et al. Psychotherapy Research, March 2006: 16(2),214-228)

- 01.04.1992 – 31.03.1997 in West Lapland, 72 000 inwoners
- Start als een onderdeel deel van een Fins National Integrated Treatment of Acute Psychosis – project van Need Adapted treatment
- Naturalistisch onderzoek – geen gerandomiseerd onderzoek
- Doelstelling 1: het verhogen van behandeling buiten het ziekenhuis in de thuisomgeving
- Doelstelling 2: het verhogen van kennis over de plaats van medicatie – geen neuroleptische medcatie geven in het begin van behandeling maar focussen op een actieve psychosociale behandeling
- N = 90 aan het begin; n=80 aan 2 jaar; n= 76 aan 5 jaar
- Follow-up interviews als leerforums

dialogische praktijk is effectief

Open Dialogues in Tornio – 5 jaar follow-up 1992-1997 (Seikkula et al., 2006):

- 35 % gebruikte anti-psychose medicatie
- 81 % geen blijvende psychotische symptomen
- 81 % keerde terug naar volledige tewerkstelling

VERGELIJKING VAN 5 JAAR FOLLOW-UPS IN WEST LAPLAND EN STOCKHOLM

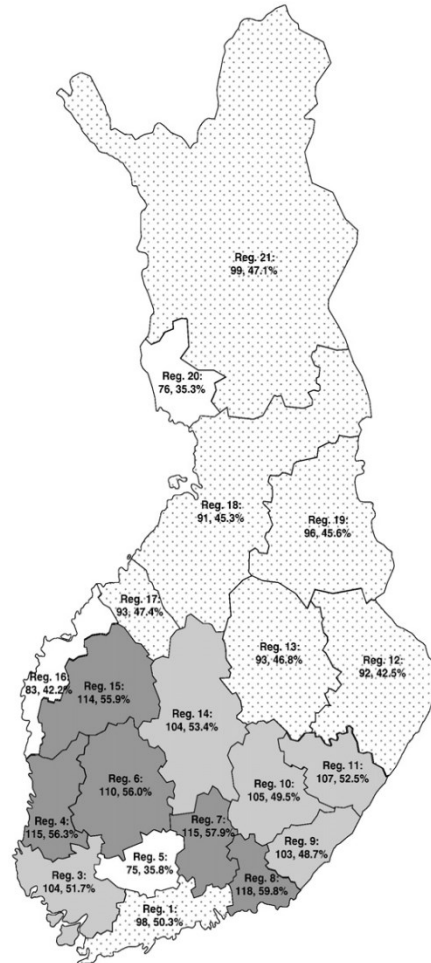
	ODAP West Lapland 1992-1997 N = 72	Stockholm* 1991-1992 N=71
Diagnose:		
Schizofrenie	59 %	54 %
Andere non-affectieve psychose	41 %	46 %
Gemiddelde leeftijd		
vrouw	26.5	30
man	27.5	29
Hospitalisatie dagen/gemiddelde	31	110
Neuroleptica gebruikt	33 %	93 %
- voortdurend	17 %	75 %
GAF at f-u	66	55
Vervangingsinkomen of ziekteverlof	19 %	62 %

*Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: a 5-year follow-up. Social Psychiatry, 36:332-337.

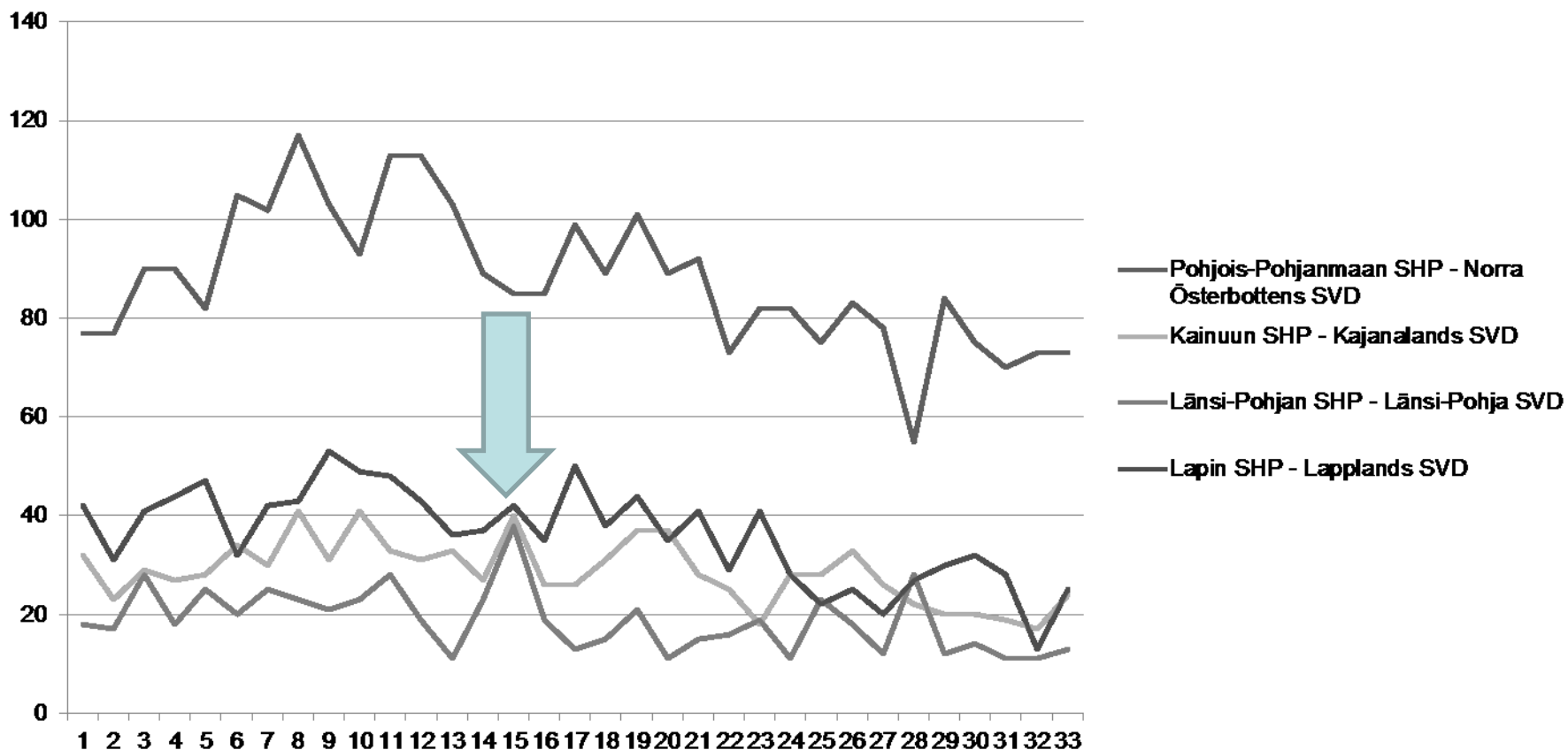
Uitkomsten stabiel 2003 – 2005 (Aaltonen et al., 2011 and Seikkula et al, 2011):

- DUP zakte naar drie weken
- ongeveer 1/3 gebruikten anti-psychose medicatie
- 84 % keerde terug naar volledige tewerkstelling
- Weinig nieuwe patiënten met schizofrenie:
jaarlijkse incidentie zakt van 33 (1985)
naar 2-3 /100 000 (2005)

Vervangingsinkomen voor van patiënten met schizofrenie – WL 35 %, (1995 -2001; Kiviniemi, 2014)



Verandering in zelfmoordcijfers in Noord-Finland 1981 - 2013



Waarom de dialogische praktijk effectief kan zijn?

1. Onmiddellijke reactie – gebruik maken van de emotionele en affectieve elementen van de crisis
2. Sociaal netwerk doorlopend betrokken en dus meerstemmig in twee aspecten: zowel horizontaal als verticaal
3. Focus op dialoog in de meeting: alle stemmen worden gehoord en werken samen
4. Medicatie vermijden die het centraal zenuwstelsel aanpassen – anti-psychose medicatie gelinkt aan hersenkrimping (Andreassen et al., 2011) en aan verlaging van psychologische hulpbronnen (Wunderink, 2013)

“Liefde is levenskracht, ziel, idee.
Er is geen dialogische relatie
zonder liefde, net zoals er geen
liefde is in afzondering. Liefde is
dialogisch.”

(Patterson, D. 1988) Literature and spirit: Essay on
Bakhtin and his contemporaries, 142)