

een verschillend drinkpatroon hadden of in verschillende mate drugs gebruikten, een slechter huwelijk zouden hebben dan partners die meer overeenkwamen op deze punten. Het ging niet om partners die verslaafd waren. Het onderzoek is netjes uitgevoerd, zoals men mag verwachten wanneer het geaccepteerd is in een streng en toonaangevend blad als het 'Journal of Consulting and Clinical Psychology'. De hypothesen worden bevestigd, waaruit overigens geen causale conclusies worden getrokken. Het onderzoek deed me een beetje denken aan mijn eigen onderzoek naar verschillen in slaap-waakritme en de kwaliteit van het huwelijk. Partners waarvan de één een uitgesproken ochtendmens was en de ander een avondmens hadden een minder goed huwelijk dan degenen waarbij het meer synchroon was.<sup>1</sup>

Het vierde artikel, van de Duitse auteur *Cornelia Oestereich* en gepubliceerd in 'Familiendynamik', gaat over de toepassing van systeemtherapie bij gezinnen en paren die uit een andere cultuur afkomstig zijn. De auteur legt ook sterk de nadruk op aanpassing van de bejegening aan de verwachting van cliënten uit een niet-westerse cultuur. Het artikel bevat diverse illustraties en praktische tips, bijvoorbeeld over de manier waarop men een tolk kan inschakelen.

*Eugene Mead* is werkzaam aan de mormoonse Brigham Young University in Provo, Utah. Ik heb daar een paar jaar geleden met veel genoegen een gastcollege gegeven. Ik werd getroffen door het enthousiasme waarmee 'down to earth' onderzoek en praktijk op het gebied van gezins/relatietherapie daar worden beoefend. Mead schrijft in een artikel uit het 'Journal of Marital and Family Therapy' over een onderwerp waarover we al eerder hebben gepubliceerd: het verband tussen depressie en huwelijksrelatie. Mead geeft een overzicht van de onderzoeksliteratuur. Een kleine greep uit de conclusies: depressie bij mannen leidt vaker tot huwelijksproblemen dan depressie bij de vrouw; bij vrouwen is de causaliteit andersom (huwelijksproblemen leiden bij hen tot depressie). De auteur beschrijft ook nog flink wat onderzoek waaruit blijkt dat het met de somatische gezondheid van mensen met huwelijksproblemen niet zo best zou zijn. Uitkijken dus. De auteur zegt ten slotte nog het een en ander over therapie. De aanbevelingen zullen voor een aantal lezers niet verrassend zijn: depressie en de interactie tussen de partners samen behandelen, en dan liefst met behulp van cognitieve gedragstherapie.

*Alfred Lange*  
Hoofdredacteur

1. Lange, A., Waterman, D., Roos, D. de & Wijsenbek, M. (1998). Slaap-waakpatronen van partners en de kwaliteit van de relatie. *Systeemtherapie*, 10(3), 173-182.

## Open dialoog met goed en slecht resultaat bij psychotische crisis: voorbeelden van gezinnen waar geweld wordt gebruikt\*

*Jaakko Seikkula*

Bij de 'Open Dialoog' vindt de eerste behandelbijeenkomst plaats binnen 24 uur na het eerste contact en daarbij is ook het sociale netwerk van de patiënt aanwezig. Het doel is een dialoog tot stand te brengen en woorden te vinden voor de ervaringen van de patiënt die in de psychotische symptomen besloten liggen. Alle thema's worden met alle aanwezigen samen geanalyseerd en in kaart gebracht. Er werd een sequentieanalyse van die gesprekken uitgevoerd, waarbij de goede en slechte afloop werd vergeleken van patiënten die een eerste psychotische episode doormaakten. Bij de gevallen met een goede uitkomst lag de interactionele en semantische dominantie bij de cliënt en vond het gesprek plaats in symbolentaal en in dialoogvorm. Bij de gevallen met een goed resultaat reageerde het team reeds in de eerste bijeenkomst op een dialogische manier op de woorden van de cliënt, terwijl bij een slecht resultaat niet werd geluisterd naar wat de patiënt over zijn eigen gedrag zei.

In het Finse West-Lapland is een interessante methode ontwikkeld waarmee de zorg bij elke psychotische crisis is verbeterd. De hele psychiatrische gezondheidszorg – inclusief klinische afdelingen en ambulante klinieken – is opgezet rond het idee dat de patiënten, vanaf het eerste contact en gedurende het gehele proces, met de mensen uit hun sociale netwerk bij elkaar moeten komen in open behandelsessies. In de jaren tachtig pionierden Alanen en zijn collega's (Alanen, 1997; Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991) in Turku in het kader van het Finse Nationale Schizofrenieproject met een 'individueel aangepaste' aanpak. In dit model werden snelle en vroegtijdige interventie, flexibele planning als reactie op de veranderende specifieke behoeften van elke situatie en aandacht voor de houding van de therapeut, zowel in diagnostisch on-

\* Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence (2002). *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 263-274.

Jaakko Seikkula is verbonden aan de afdeling Psychologie, Universiteit van Jyväskylä, Finland en het Instituut voor Sociale Geneeskunde, Universiteit van Tromsø, Noorwegen.

*Correspondentieadres:* Jaakko Seikkula, Department of Psychology, University of Jyväskylä, Box 35, FIN-40351, Jyväskylä, Finland. E-mail: seikkula@psyka.jyu.fi

derzoek als in de therapie, geïntroduceerd. De behandeling wordt gezien als een doorlopend proces waarin verschillende therapeutische methoden worden geïntegreerd en voortgang en resultaten constant worden bewaakt. Werkend vanuit de individueel aangepaste benadering is deze aanpak vanaf de vroege jaren tachtig verder vernieuwd in de vorm van een Open Dialoog (OD). Deze is eveneens gebaseerd op behandelbijeenvakkomsten waar men gebruikmaakt van het bestaande netwerk van de patiënt. Centraal in de OD-benadering staat echter dat men let op de vorm van de communicatie die plaatsvindt binnen het behandelstelsel dat bestaat uit het mobiele crisisinterventieteam, de patiënt en diens sociale netwerk. Hierbij is het communicatieconcept gebaseerd op de opvatting dat communicatie een forum is voor het opbouwen en bewerkstelligen van een positief identiteitsgevoel. Het is een gezamenlijk proces waarin nieuwe betekenissen worden geconstrueerd 'tussen' mensen, een opvatting die tegengesteld is aan de zienswijze dat communicatie een manier is om iets kant-en-klaar van de ene persoon over te brengen op de andere (Linnell, 1998).

Uit huidig onderzoek blijkt dat de OD-benadering, met haar nadruk op het bevorderen van een gesprek binnen het behandelstelsel, effectief kan zijn. Sinds de invoering van deze nieuwe aanpak hebben zich minder nieuwe gevallen van schizofrenie voorgedaan in deze kleine, homogene regio (Aaltonen et al., 1997). Ook zijn er geen nieuwe chronische schizofreniepatiënten bijgekomen (Tuori, 1994). In een lopend onderzoek bij patiënten met een eerste psychotische episode nam de noodzaak tot opname af en bleek het in veel gevallen mogelijk in de beginfase anxiolytica te geven in plaats van neuroleptische medicatie, met als gevolg dat slechts 27% van de patiënten neuroleptische medicatie kreeg in de twee jaar durende periode van follow-up (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2000, 2001b). Dit leidde niet tot slechtere behandelresultaten, aangezien 87% van de patiënten weer was gaan werken of studeren dan wel op zoek was naar werk en 77% geen psychotische restsymptomen had. Een mogelijke reden voor deze relatief goede prognoses is het feit dat de duur van de onbehandelde psychose afnam tot 3,6 maanden in West-Lapland, waar de op het netwerk van de patiënt gerichte gezondheidszorg een gemakkelijke toegang tot psychiatrische zorg heeft mogelijk gemaakt en onmiddellijk met de behandeling kan worden begonnen (Seikkula et al., 2001b). In dit artikel worden de gesprekken beschreven die in de feitelijke behandelbijeenvakkomsten zijn gevoerd en worden contrasterende voorbeelden gegeven van een 'dialogisch' en een 'monologisch' gesprek over het onderwerp 'geweld in het gezin' bij twee patiënten met een eerste psychotische episode. Een goed klinisch resultaat leek verband te houden

met het eerste type gesprek, terwijl in het tweede geval sprake was van een slecht resultaat.

### Dialogen in de behandelbespreking

Het belangrijkste forum voor therapeutische interactie is de behandelbijeenvakkomst. Hier komen de belangrijkste personen die bij het probleem betrokken zijn samen met de patiënt bijeen om te praten over alle kwesties rond het bestaande probleem. Ook worden alle plannen en beslissingen over het omgaan met het probleem in ieders aanwezigheid genomen. Volgens Alanen (1997) heeft de bijeenkomst drie functies: 1 informatie verzamelen over het probleem, 2 een behandelplan opstellen en alle noodzakelijke beslissingen nemen op basis van de diagnose die in het gesprek wordt gesteld en 3 een psychotherapeutische dialoog op gang brengen. Alles bij elkaar staat het versterken van de volwassen kanten van de patiënt en het normaliseren van de situatie centraal, niet het regressieve gedrag (Alanen et al., 1991). Het beginpunt van de behandeling is de taal van het gezin, hoe ieder gezin in zijn eigen taal het probleem van de patiënt heeft ervaren en benoemd. Het behandelteam neemt bij elk geval deze taal over voor zover dat nodig is. De problemen worden gezien als een sociaal construct dat in elk gesprek opnieuw geformuleerd wordt (Bakhtin, 1984; Gergen, 1994, 1999; Shotter, 1993a, 1993b, 1998). Ieder laat zijn/haar eigen stem horen en, zoals Anderson (1997) opmerkt, luisteren wordt belangrijker dan de wijze van gespreksvoering. Het therapeutische gesprek lijkt op dat wat door Anderson en Goolishian (1988; Anderson, 1997), Penn (1998; Penn & Frankfurt, 1994) en Andersen (1995; zie ook Friedman, 1995) wordt beschreven.

Psychotische reacties moeten worden gezien als pogingen om een zin te ontdekken in ervaring en om te gaan met ervaringen die zo moeilijk zijn dat het niet mogelijk is om er een rationeel, verwoord narratief van te construeren. In een daarop volgende spanningsvolle situatie kunnen deze ervaringen geactualiseerd worden en kan er een manier worden gevonden om ze te uiten in de vorm van een metafoor (Karon, 1999; Penn, 1998; Van der Kolk & Fisler, 1995). Dit is het prenarratieve kenmerk van de psychotische ervaring (Holma & Aaltonen, 1997; Ricoeur, 1992).

Een open dialoog, zonder vooraf geplande thema's of vorm, lijkt belangrijk te zijn om een nieuwe taal te kunnen construeren, een taal waarin moeilijke gebeurtenissen in iemands leven onder woorden gebracht kunnen worden. Dit kunnen gebeurtenissen van elke aard zijn. Het maakt niet uit wanneer ze hebben plaatsgevonden en vele verschillende thema's

kunnen het begin betekenen van een nieuw narratief. Wat de achtergrond ervan ook moge zijn, het is belangrijk om hallucinaties serieus te nemen en geen beroep te doen op de realiteitszin van de patiënt gedurende een crisissituatie, vooral niet in de eerste fase van de behandeling. In plaats daarvan zou de therapeut kunnen vragen: 'Ik kan u niet volgen. Hoe kunt u controle uitoefenen over de gedachten van anderen? Ikzelf kan dat niet. Kunt u mij daar meer over vertellen?' Aan de andere leden van het netwerk in de bijeenkomst kan dan worden gevraagd: 'Wat vindt u daarvan? Hoe denkt u daarover? Wat denkt u dat M zegt?' Het doel hiervan is dat er andere stemmen gehoord kunnen worden over de besproken thema's en de psychotische ervaring. Wanneer het team erin slaagt een sfeer van overleg te creëren waarin verschillende, zelfs tegenstrijdige stemmen gehoord kunnen worden, is er een mogelijkheid om narratieven van rehabilitatie of herstel te construeren, zoals Stern, Doolan, Staples, Szmukler en Eisler (1999) die noemen. Zoals Trimble (2000, p. 15) zegt wanneer hij de dialogische benadering vergelijkt met de ideeën van netwerktherapie: 'Door herstel van het vertrouwen in een kalmerende regulering van interpersoonlijke emoties wordt het mogelijk dat anderen ons beïnvloeden in dialogische relaties.' Dit is misschien een van de aspecten van het proces waarin de patiënt en diens sociale netwerk een begin kunnen maken met het vinden van nieuwe woorden voor hun problemen.

Dikwijls beginnen patiënten op een bepaald moment tijdens de bijeenkomst psychotische verhalen te vertellen wanneer de gevoeligste en belangrijkste thema's van de psychose aan de orde komen. Uitgaand van de hypothese dat juist op dat moment iets van wat-nog-niet-uitgesproken-is aan de orde komt, betekent dit dat dit moment in het gesprek zeer goed moet worden onderzocht. Men zou bijvoorbeeld kunnen vragen: 'Wat zei ik verkeerd, toen u dat ging zeggen?' of 'Wacht even, waar hadden wij het over toen M erover begon dat de stemmen hem in hun macht hebben?' Het psychotische spreken wordt dan een stem onder de andere stemmen in het actuele gesprek. De 'reden' voor psychotisch gedrag kan worden gevonden in het gesprek op deze cruciale momenten.

In het algemeen heeft het team tot taak om het sociale netwerk tijdens de bijeenkomst de leiding te laten nemen, de inhoud van het gesprek te bepalen en op een dialogische manier op elkaars uitspraken te reageren, zodat de verschillende deelnemers elkaar beter gaan begrijpen (Bakhtin, 1984; Voloshinov, 1996). De dialoog wordt zowel het doel als de specifieke manier van 'zijn in taal' in de therapie. In plaats van de aandacht voornamelijk te richten op het veranderen van de patiënt (bijv. snel wegnemen van psychotische symptomen) of het gezin (bijv. richten op een nieuwe interactionele stijl binnen het gezinssysteem), vindt de belangrijkste the-

rapeutische inspanning plaats in de ruimte tussen het team (en andere belanghebbenden) en het gezin of de aanwezige leden van het sociale netwerk. Het opbouwen van een dialogisch in plaats van monologisch gesprek betekent vooral dat men meer moet nadenken over hoe de uitingen van de patiënt en het gezin beantwoord moeten worden. Het betekent dat men hier en nu, in het gesprek, aanwezig moet zijn. In die zin kan systemische gezinstherapie worden gezien als bestaande uit heel wat monologische uitspraken, omdat het team bijvoorbeeld een tactiek gebruikt van circulaire vragen stellen, waardoor er verandering in het gezinssysteem op gang gebracht kan worden. In systemische gezinstherapie is het niet zo belangrijk om te reageren op alles wat er wordt gezegd, omdat het belangrijkste aandachtspunt buiten het op dat moment besproken thema kan liggen.

#### *Een nieuwe taal ontwikkelen voor 'wat nog niet gezegd is'*

In een open dialoog is het de 'tactiek' om een dialogisch gesprek op te bouwen. In de dialoog begint nieuw inzicht te ontstaan als een sociaal, gezamenlijk iets. De mensen die op de bijeenkomst aanwezig zijn spreken over hun moeilijkste ervaringen. In het psychotisch spreken praten mensen over dingen waar nog geen andere woorden voor zijn dan de woorden van hallucinaties of wanen. Wanneer deze realiteit eenmaal met anderen kan worden gedeeld, komen er nieuwe bronnen beschikbaar. Wat eerst plaatsvindt in de 'uiterlijke' dialoog in het sociale domein kan later opgaan in een 'innerlijke' dialoog. Vygotsky (1970) spreekt van een zone van proximale ontwikkeling bij het kind. Hiermee doelt hij op de ruimte tussen volwassene en kind waar het meer ontwikkelde functioneren van de volwassene het kind de ondersteuning biedt om voorbij de huidige grenzen van zijn vermogens te reiken. Dit idee kan ook worden gebruikt om de therapeutische situatie te beschrijven (Leiman & Stiles, in druk). Dit vormt misschien een verklaring voor het gegeven dat psychotische patiënten in de eerste bijeenkomsten heel vaak aan het gesprek kunnen deelnemen zonder psychotische symptomen te vertonen (Alanen, 1997).

Eén manier van reageren is om tussen de teamleden een 'reflectief' gesprek (Andersen, 1995) te initiëren. Er wordt geen reflectief team gevormd, maar de teamleden gaan soepel over van construerende vragen en opmerkingen naar een reflectieve discussie met andere teamleden. Soms houdt dit in dat het team daarvoor toestemming vraagt: 'Zou u misschien een ogenblik kunnen wachten, zodat we het even kunnen hebben over de ideeën die we nu hebben gekregen? Ik zou het liefst hebben dat u rustig blijft zitten luisteren, als u dat niet erg vindt. Daarna zullen we u vragen wat u vindt van wat wij hebben gezegd.' Meestal luisteren

het gezin en de rest van het sociale netwerk aandachtig naar wat de hulpverleners zeggen over hun problemen. Het reflectieve gesprek heeft een specifiek doel, omdat in deze gesprekken het behandelplan wordt ontwikkeld. Alles is 'transparant'. Beslissingen over opname, de motivering voor medicatie en het plannen van individuele psychotherapie zijn enkele voorbeelden van wat er wordt besproken en het is de bedoeling om een reeks alternatieven aan te reiken waaruit bij beslissingen kan worden gekozen. Zo lijkt het bij een beslissing om te kiezen voor dwangbehandeling belangrijk te zijn dat verschillende, zelfs afwijkende meningen over die beslissing openlijk uitgesproken en besproken kunnen worden.

De OD gebruikt een aantal ideeën uit de systemische gezinstherapie (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978, 1980), maar er zijn ook verschillen. De Open Dialoog is niet gericht op het gezinssysteem of zelfs op de communicatie binnen het gezinssysteem (Boscolo & Bertrando, 1998). Het doel van OD is niet 'een impuls te geven om de gefixeerde logica van het systeem te veranderen door een nieuwe logica aan te bieden' (Boscolo & Bertrando, 1998, p. 217), maar om een gezamenlijke ruimte te creëren voor een nieuwe taal waarin dingen nieuwe betekenissen kunnen krijgen, zoals Anderson en Goolishian (1988; Anderson, 1997) stellen. OD en narratieve therapie gaan beide uit van de sociaal-constructivistische visie op de realiteit (Gergen, 1994; Shotter, 1993a, 1993b), maar zij verschillen van elkaar in hoe zij de auteur van het narratief zien. Terwijl de narratieve therapeut zich richt op het beschrijven van een van problemen doordrenkt verhaal, heeft de dialogische benadering tot doel een vastgelopen monoloog om te buigen naar een meer doordachte dialoog (Smith, 1997). In de narratieve therapie heeft het narratief een auteur, in de dialogische therapie werkt men samen aan een nieuw narratief, vanuit het gezamenlijke domein van de deelnemers. Gergen en McNamee (2000) noemen de OD een transformatieve dialoog.

De Open Dialoog en psycho-educatieve programma's (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Falloon, 1996; Falloon, Boyd & McGill, 1984; Goldstein, 1996; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan & Jackson, 1996) delen de opvatting dat het gezin een actieve rol speelt in het proces. De gezinsleden worden niet als de oorzaak van de psychose of als object van behandeling gezien, maar als 'competente of potentieel competente partners in het herstelproces' (Gleeson, Jackson, Stavely & Burnett, 1999, p. 390). De verschillen liggen in de theoretische vooronderstellingen over psychose. Bovendien wordt bij de Open Dialoog benadrukt dat het belangrijk is dat de bijeenkomsten plaatshebben tijdens de ernstigste crisissituatie en dat dan het behandelplan wordt ontwikkeld.

## Analyse van de dialoog

Een van de bedoelingen van dit artikel is de analyse te verdiepen van de dialoog die in de behandelbijeenkomsten ontstaat en zo de mogelijkheden voor het construeren van nieuwe taal te ontwikkelen. In deze analyse wordt communicatie gezien als een gezamenlijk proces van 'identiteit maken'. De traditionele kwalitatieve methoden voor het analyseren van dialogen en gesprekken maken het mogelijk om deze richting in te slaan, maar de neiging bestaat dan nog steeds om het gesproken woord te analyseren als het product van iemand, in plaats van als een proces tussen gesprekspartners (Linell, 1998). Bij deze traditionele analysemethoden staan vaak specifieke thema's centraal, terwijl de dialoog als een proces zou moeten worden gezien. In de nu volgende bespreking wordt verwezen naar verschillende andere onderzoeken die nauw verwant zijn aan de hier ontwikkelde ideeën.

Hoewel de narratieve analyse in de gezinstherapie een nieuw onderzoeksterrein is, zijn er reeds een aantal interessante onderzoeken naar psychose en taalgebruik en psychotische dialogen in de gezinstherapie gepubliceerd. Daarnaast hebben Gehart, Ratliff en Lyle (2001) vierentwintig kwalitatieve onderzoeken gevonden, waarvan er vier speciaal waren gericht op een specifieke cliëntenpopulatie, zoals ook in dit verslag het geval is. Een aantal onderzoeken heeft betrekking op de aard van de dialoog rond de psychotische patiënt of gezinssituaties en ook op de analyse van gesprekken in gezinstherapiesessies. Swartz (1994) voerde een gespreksanalytisch onderzoek uit naar psychotische spraak in zijn context. Zij introduceerde de belangrijkste onderzoeksinstrumenten en voor elk van deze analyse-instrumenten een aantal kenmerken van psychotische spraak. Harper (1994) analyseerde hoe de diagnose 'paranoia' sociaal geconstrueerd wordt door ervaren klinici. Hij veronderstelde dat de diagnose werd geconstrueerd door een aantal discursieve procedures en vond dat de diagnostische beoordeling een constructie is en dat deze beoordeling wordt beïnvloed door een brede verscheidenheid aan overwegingen. Hij werd door Garety (1994) en Walkup (1994) bekritiseerd omdat de steekproef (vijf klinici) te klein was om tot algemene conclusies te kunnen komen en omdat de methodologie van het sociaal-constructivistische onderzoek problematisch was. Williams en Collins (1999) voerden een kwalitatieve analyse uit van de wijze waarop schizofrene patiënten hun zelfgevoel ervaren in relatie tot hun ziekte en hoe zelf en ziekte elkaar overlappen. De auteurs stelden een subjectieve theorie van ziekte en herstel voor, met als belangrijkste concepten het beheersen van de crisis, het vaststellen wat de subjectieve eigenschappen van de patiënt en de rol van het sociale netwerk teneinde controle te krijgen over de symp-

tomen. Stern et alii (1999) analyseerden de narratieven van gezinsleden over hun geestelijk zieke familielid. In de verhalen over rehabilitatie en herstel **leken de familieleden te zoeken naar een platform waarop zij een gevoel van persoonlijke identiteit** en hun relatie met het ziek geworden familielid **zouden kunnen reconstrueren**. In chaotische en verstarde narratieven vond men meer neiging tot kritiek à la *expressed emotion*, terwijl er in de verhalen van rehabilitatie en herstel meer ruimte was voor medeleven met het lot van hun familielid. Marley (1999) presenteert een model voor gezinstherapie bij schizofrene patiënten. Het model gaat uit van de kracht van het gezin en narratieven worden geconstrueerd vanuit de aanname dat het gezin deskundig is in het creëren van zijn eigen betekenisvolle dialoog. In al deze onderzoeken wordt de inhoud van de ervaring van een psychotische patiënt in het gezin belicht, hetgeen een relevant deel van het proces uitmaakt.

Hoewel zij bij de behandeling van een psychotische patiënt niet diens gezin daarbij betrokken, gaven Kogan en Gale (1997; Beels et al., 1997) een grondige beschrijving van de fundamenteën van het sociaal-construktivistische onderzoek in gezinstherapie. Zij lieten zich leiden door de gespreksanalyse en door onderzoeksscholen die uitgaan van het narratief en het verhoog met het doel een narratieve gezinstherapie sessie door een vooraanstaand narratief therapeut te analyseren als een publieke consultatie. Centraal stond het sequentiële, stap voor stap voortbrengen van betekenis. Er werd naar gestreefd om de interpretaties te baseren op hetgeen daadwerkelijk werd gezegd. De metaforen 'centreren' en 'decentreren' waren bruikbaar voor het uitleggen van de innerlijke regels van het spreken. De therapeut decentreerde op een aantal niveaus. De conclusie van de analyse was dat de postmoderne therapie mogelijk meer van andere modellen verschilt in de methode van decentreren dan in het innemen van een positie van non-interventie. Bij hun onderzoek kan worden opgemerkt dat de therapeut met zijn diverse manoeuvres als de 'acteur' werd gezien. Diens verschillende manieren van 'acteren' werden gezien als manoeuvres die een specifiek doel hadden; het verschil met systemische gezinstherapie kwam daardoor niet duidelijk naar voren. Bij OD en bij dialogische analyse worden de opmerkingen van de therapeut gezien als pogingen een gezamenlijk begrip op te bouwen, waarbij een gezamenlijke ervaring moet worden geconstrueerd. Het herhalen en gebruiken van een aantal verschillende woorden om aan te geven dat men begrijpt wat de echtgenote zei, kan dan bijvoorbeeld worden gezien als een manier om nieuwe taal te construeren in plaats van de manoeuvres van een therapeut om het narratief van het echtpaar te bepalen.

### *Dialogische analyse van de Open Dialoog*

Dit onderzoek werd uitgevoerd om de dialoog van het team te ontwikkelen in behandelgesprekken met de ernstigste psychotische gevallen. Omdat het team in een behandelbijeenkomst een actieve rol speelt bij het tot stand brengen van een dialoog, was de aandacht gericht op de antwoorden van de teamleden op hetgeen de patiënt en de op de sessie aanwezige leden van diens sociale netwerk naar voren brachten. Om verschillen in de aard van de dialoog te kunnen bepalen, werden groepen patiënten met een goed en met een slecht behandelresultaat met elkaar vergeleken. Hiermee willen wij niet beweren dat het behandelresultaat na een follow-upperiode van twee jaar als zodanig alleen de aard van de dialoog weerspiegelt. Het resultaat houdt verband met vele andere aspecten. Maar het doel was patiënten te vinden die genoeg van elkaar verschilden in de uitkomst van het behandelproces.

De onderzochte gevallen maken deel uit van een landelijk Fins project over Geïntegreerde aanpak bij de behandeling van acute psychose (GAAP) en een lokaal project over Open dialoog bij acute psychose (ODAP) in West-Lapland. Bij het GAAP-project waren zes onderzoekscentra betrokken, terwijl het werd uitgevoerd door het Nationaal Onderzoeks- en Ontwikkelingscentrum voor Welzijn en Gezondheid (STAKES) en de universiteiten van Jyväskylä en Turku. West-Lapland, een van de drie centra, kreeg de specifieke taak de behandeling zo te organiseren dat het gebruik van neuroleptica zoveel mogelijk werd beperkt (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen & Syvälahti, 2000). Aan het ODAP-project deden alle nieuwe gevallen tussen 1 april 1992 en 31 maart 1997 mee die voldeden aan de criteria van het Diagnostic and Statistical Manual (derde herziene editie; American Psychiatric Association, 1987) voor een psychose van het schizofrene type. De lokale ethische commissie gaf toestemming voor het onderzoek. Alle patiënten werd gevraagd om toestemming voor deelname. Van 78 patiënten waren complete, bruikbare follow-upgegevens beschikbaar (Seikkula et al., 2000, 2001b).

### *Steekproef*

Er werden twee groepen patiënten gevormd: een groep met een slecht behandelresultaat ( $n = 17$ ), die bestond uit de patiënten met als bron van inkomsten een arbeidsongeschiktheidsuitkering ( $n = 13$ ) of met matige of ernstiger psychotische restsymptomen (beoordeeld als 2 of 3 op de schaal van Strauss en Carpenter (1972), ( $n = 4$ ), en een groep patiënten met een goed behandelresultaat ( $n = 61$ ), die bestond uit patiënten die werk hadden, studeerden of werk zochten en slechts lichte psychotische

restsymptomen hadden ( $n = 7$ ; Seikkula et al., 2001b). Bij deze analyse was het doel zoveel mogelijk patiëntenparen met een goed en een slecht resultaat te vinden die overigens vergelijkbaar waren. De matchingsvariabelen die de situatie beschreven aan het begin van de behandeling waren de volgende: leeftijd, geslacht, diagnose, duur van de onbehandelde psychose, arbeidsstatus, verarming van het sociale netwerk en de diagnose schizofrenie. In het geheel werden er tien paren gevonden die overeenkwamen. Dit betekent dat de totale steekproef voor dit onderzoek bestond uit 20 patiënten: tien met een goed en tien met een slecht resultaat.

### *Analyse*

De te analyseren objecten waren transcripties van de twee of drie eerste bijeenkomsten uit de beginfase van de behandeling. De transcripties waren gebaseerd op video-opnames van de bijeenkomsten. In dit artikel wordt verslag gedaan van de 'eerste lezing' van de analyse. De auteur, die ook verantwoordelijk was voor het ontwikkelen van de categorieën van de sequentieanalyse, voerde deze lezing uit. De auteur kende de behandelresultaten; hij kon het materiaal dat niet van hemzelf afkomstig was niet neutraal of objectief analyseren, maar was wel zeer nauw betrokken bij de ontwikkeling van de methode en bij het zoeken naar aspecten die een dialoog goed of slecht maken. De eerste lezing werd gedaan in de wetenschap dat de analyse, na de selectie van gevallen tijdens deze eerste lezing, zou worden uitgevoerd door onderzoekers die de behandelresultaten niet kenden.

Er werd een sequentieanalyse uitgevoerd waarbij de gegevens uit de behandelbijeenkomsten werden gecombineerd met de dialoogtheorieën en met de onderzoeksmethodes die zijn ontwikkeld om het dialogische proces te analyseren (Leiman & Stiles, 2001). Bij een sequentieanalyse worden naar thema geselecteerde fragmenten als belangrijkste object van analyse genomen (Linell, 2000). De thematische fragmenten werden retrospectief gedefinieerd, nadat de gehele dialoog van een behandelbijeenkomst in fragmenten was opgedeeld. In elk fragment werd gelet op drie variabelen:

### *Dominantie*

De eerste variabele wordt dominantie van de interactie genoemd en omvat kwantitatieve, semantische en interactionele dominantie. Met kwantitatieve dominantie wordt simpelweg bedoeld wie in een fragment het meest aan het woord is. Semantische of thematische dominantie verwijst naar degene die nieuwe gespreksonderwerpen inbrengt. Deze persoon brengt inhoudelijk het meeste in in de gezamenlijke wereld van het ver-

toog. Interactionele dominantie verwijst naar controle over communicatief gedrag, initiatieven en reacties. Deze persoon heeft meer controle over de acties van anderen dan de andere gesprekspartners (Linell, Gustavsson & Juvonen, 1988; Linell, 1998).

### *Indicatieve versus symbolische betekenis*

Dit onderscheid geeft aan of de in de dialoog gebruikte woorden altijd worden gebruikt om te verwijzen naar een feitelijk bestaand ding of feitelijk bestaande kwestie (indicatieve taal) of dat de woorden symbolisch worden gebruikt, dat wil zeggen verwijzen naar andere woorden in plaats van naar iets bestaands (Haarakangas, 1997; Seikkula, 1991; Wertsch, 1985; Vygotsky, 1981).

### *Monologisch versus dialogisch gesprek*

Hiermee wordt de aard van het gesprek vastgesteld. Een monologisch gesprek verwijst naar uitspraken die de eigen gedachten en ideeën van de spreker weergeven, zonder te zijn afgestemd op de gesprekspartner. De ene uitspraak verwerpt de andere. In een dialogisch gesprek worden uitspraken geconstrueerd als antwoord op vorige uitspraken en ook om te wachten op een antwoord in uitspraken die nog volgen. Er wordt dan tussen de gesprekspartners nieuw begrip geconstrueerd (Bakhtin, 1984; Luckman, 1990; Seikkula, 1995).

### *Procedure*

Eerst zijn de themafragmenten gedefinieerd. In tweede instantie zijn de drie aspecten van dominantie geanalyseerd en is vervolgens bepaald of het creëren van betekenissen in indicatieve of symbolische taal gebeurde en of het gesprek binnen het fragment monologisch dan wel dialogisch was. Elke sequentie werd geanalyseerd op een aparte bladzijde, waarop ook ruimte was voor opmerkingen over dat fragment.

De bedoeling van deze lezing was om zoveel mogelijk gevallen te vinden waar verzadiging was bereikt; dat wil zeggen dat er geen nieuwe informatie voor het huidige onderzoeksdoel meer bij zou komen. Dit betekent dat de gevallen in de categorieën goed en slecht behandelresultaat op elkaar begonnen te lijken wat betreft de onderzochte aspecten. De duur van de geselecteerde sequenties was in alle gelezen gevallen verschillend; de verschillen bleken regelmatig te zijn in de interactionele en de semantische dominantie; de verschillen in de betekenisconstructies waren duidelijk en de aard van de dialoog was in elk van de gevallen anders. Na lezing van vier transcripties met een slecht (negen behandelbijeenkomsten) en drie met een goed behandelresultaat (zeven behandelbij-



eenkomsten) werd besloten dat er genoeg informatie was voor een eerste voorlopige analyse van de aard van de dialogen. De gevallen met een goed resultaat leken meer met elkaar overeen te komen dan die met een slecht resultaat en daarom werden er meer gevallen met een slecht resultaat gelezen.

In de derde fase van de analyse werd ingegaan op de inhoud van de bijeenkomsten om na te gaan hoe verschillen in de gesprekken ontstonden. Eén paar patiënten bleek verschillen te vertonen die illustratief waren voor de reacties van het team, omdat in beide gevallen sprake was van een extreem gewelddadige situatie tussen gezinsleden. Deze gevallen zijn voor dit artikel gekozen.

Om de betrouwbaarheid van de conclusies te verifiëren, werd de analyse van deze twee gevallen op een congres gepresenteerd aan therapeuten die in het onderzoeksproject betrokken waren bij de behandeling van patiënten met een eerste psychotische episode in West-Lapland. De transcripties werden in de groep gelezen met behulp van overheadsheets, nadat de persoonlijke gegevens waren veranderd.

## Resultaten

### *Algemeen beeld van de dialoog*

Een vergelijking van gegevens over de fragmenten in de drie categorieën (dominantie, indicatief versus symbolisch, monologisch versus dialogisch) geeft een aantal verschillen te zien tussen een goed en een slecht behandelresultaat. In de groep met goed resultaat bestond de neiging om de sequenties langer te maken. Als men tot een dialogisch gesprek kwam, bleken de thema's gedurende langere tijd hetzelfde te blijven dan bij een monologisch gesprek. In de groep met goed resultaat domineerden de cliënten (patiënt en gezinsleden) in meer dan de helft van de fragmenten (55-57%) ten aanzien van interactionele dominantie, tegenover slechts 10-35% bij de gevallen met een slecht resultaat. De patiënt en de familie hadden meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op initiatieven en reacties bij nieuwe gespreksonderwerpen. Dit kon worden geïnterpreteerd als een teken dat er meer mogelijkheden waren om een actieve rol te spelen in het verhaal van hun leven dat tijdens het crisisgesprek werd verteld. Bij de gevallen met een slecht behandelresultaat was dat echter niet het geval in de eerste gesprekken. In termen van semantische dominantie gaven alle gevallen met een goed resultaat in de meeste fragmenten (70%) dominantie te zien, terwijl de gevallen met een slecht resultaat meer variatie vertoonden (40-70%). Ten aanzien van

kwantitatieve dominantie was er geen verschil tussen de patiënten met goed en slecht resultaat. Een opmerkelijk verschil kwam naar voren op het gebied van de taal. Bij de gevallen met een slecht resultaat vond het gesprek slechts enkele keren plaats in symbolische taal (0-20% van de fragmenten), terwijl dit bij de gevallen met een goed resultaat juist regel was (38-75%). Als een gezin de mogelijkheid had om mee te praten wanneer er symbolische taal werd gebruikt, bleef de dialoog langer over een bepaald thema gaan. In het geval van indicatieve taal daarentegen, stelde het team dikwijls de ene vraag na de andere terwijl het gesprek zelf in de vorm van vraag en antwoord doorging. In het monologische gesprek vertoonden de gevallen met slecht resultaat meer variatie dan bij het dialogische gesprek. Een dialogisch gesprek kon wel voorkomen (10-50%), maar was geen regel zoals bij de drie gevallen met een goed behandelresultaat (60-65%).

### *Dialoog over geweld*

Als voorbeeld van de verschillen in dialoog volgen nu twee fragmenten. Zij zijn ontleend aan de behandelbijekomsten van twee patiënten en in beide gevallen werd gesproken over een situatie van geweld binnen het gezin.

### *Geval met goed resultaat: reflectieve dialoog over geweld*

Na de eerste behandelbijekomst thuis hadden een vader en een zoon ernstige ruzie over de zoon (M), die zijn studie verwaarloosde en over levendige hallucinaties sprak en met wonderlijke filosofische theorieën kwam. De vader vond dit vervelend en toen hij daarover begon te praten, begon M over zijn moeilijke ervaringen in zijn jeugd. Dit leidde tot grote ruzie en eindigde met een worstelpartij tussen vader en zoon. Tegen het einde van de tweede bijeenkomst werd dit thema ter sprake gebracht. In het volgende fragment is M de patiënt, Mo de moeder, VT het vrouwelijke teamlid en MT het mannelijke teamlid.

M: Het was worstelen.

VT: Maar meende je het echt?

M: Het was kijken wie de sterkste is...

MT: Wie was het die worstelde?

M: Ik denk dat hij woedend werd.

MT: Wie was het die worstelde?

VT: Wie was het die de ander vastpakte?

M: Nou, ik pakte hem bij zijn nek.

Mo: Ja, en ik zei... (lacht)

M: Het was een hoofdgreep, hoewel ik nooit aan bodybuilding heb gedaan. Hij doet dat al jaren. Ik heb nooit aan sport gedaan, daarom werd ik een beetje bang.

MT: (Wendt zich tot zijn collega's) Nou, het is nogal... het is ook wel vreselijk als je je realiseert dat je eigen kind...

VT: Ja, maar aan de andere kant, een vader kan ook trots zijn dat zijn zoon zo sterk is, dat hijzelf...

MT: Ja, maar als het tegen hemzelf gericht is, kan het niet...

VT: Ja, maar hij zou toch nog trots kunnen zijn dat M een volwassen man is en dat hij kan winnen met worstelen en...

M: Mag ik een feit vaststellen?

VT: Ik zat te denken aan wat M zei, over of de droom een hele droom is. Maar hij voert een twistgesprek met zijn ouders.

M: Maar je zou zelf denken...

VT: Heb je niet over dit soort dingen gehoord op de gewone puberleeftijd? In de puberleeftijd bestrijd je alles en begin je wel eens te vechten om te zien wie er wint.

MT: Dus dan zou dit een soort...

VT: ...late puberteit...

MT: Een hele spurt of is het de vorm die anders is.

VT: De vorm is anders. En het kan je natuurlijk ook gek maken, dacht ik net, als de vader wiskundeleraar is en het is een heel lastige situatie.

M: Ja, en het is als de laatste strohalm als ik beweer dat twee gelijk is aan een.

VT: Ja, het moet de laatste strohalm geweest zijn.

M: Hij heeft het zo opgevat dat ik hem dood...

De teamleden leken verbaasd toen de gezinsleden over worstelen begonnen. Maar zij luisterden er wel naar en namen het serieus. Na een aantal nadere vragen en opmerkingen wendden zij zich tot elkaar en begonnen een reflectief gesprek om zich af te vragen hoe het zat met deze verbijsterende en beangstigende situatie. In hun overwegingen onderkenden zij de ernst van de ruzie tussen vader en zoon, maar ook gebruikten zij opmerkingen die de zaak normaliseerden. Zij vroegen zich af of de worsteling gezien kon worden als iets van een opstandige tiener en de reactie van een vader op een opstandige tiener. De teamleden gaven commentaar op wat zij hoorden en deden dit in een dialogisch gesprek met elkaar. In dit fragment lag de thematische dominantie bij M en de interactionele en kwantitatieve dominantie bij het team; de betekenissen werden gecreëerd in symbolisch taalgebruik en het was een dialogisch gesprek. Al met al hadden de cliënten in dit specifieke geval in de twee geanalyseerde bijeenkomsten in 57% van de fragmenten de interactionele dominantie en in 69% de semantische dominantie. In 75% van de fragmenten werd symbolische betekenis geconstrueerd en in 65% van de fragmenten kwam men tot een dialogisch gesprek.

*Geval met een slecht behandelresultaat: het team geeft geen antwoord*

P was naar het ziekenhuis gekomen waar het eerste gesprek werd gevoerd. Op deze bijeenkomst bleek dat P zich gewelddadig had gedragen

tegenover zijn moeder. In het volgende fragment wordt deze gebeurtenis beschreven. In het fragment is T1 een vrouwelijke en T2 een mannelijke therapeut.

T1: Ik dacht dat het in de laatste twee weken was gebeurd, niet eerder.

T2: Was het een bedreiging of nog erger?

T1: Slaan, ik dacht dat P zijn moeder sloeg.

T2: Was P dronken of had hij een kater?

P: Nee, ik was nuchter.

T2: Nuchter?

T1: Ik had begrepen dat P zijn moeder iets wilde vragen.

P: Nou, het was afgelopen weekend; de politie kwam bij ons thuis. Zij was dronken.

Toen ze niets zei en midden in de nacht koffie ging zetten, en ik vroeg... ik ging weg en kwam in de keuken en zij draaide zich om en zei dat ik er niets over mocht zeggen. Toen gaf ik haar een klap. Zij rende naar de galerij en begon te schreeuwen.

Ik zei dat zij niet hoefde te schreeuwen, dat... waarom kon zij niet zeggen... Toen werd ik weer rustig. Op dat moment kreeg ik het gevoel... En de politie kwam en de ambulance. Maar op de een of andere manier heb ik het gevoel dat het, natuurlijk mag je iemand niet slaan. Maar er zijn toch situaties...

T1: Was dat het moment dat je naar de eerstelijnszorg ging?

P: Ja, het gebeurde vlak daarvoor.

T2: Waarom zei zij niet dat de politie kwam?

P: Wat?

T2: Waarom zei zij niet dat de politie de vorige avond bij jullie was geweest?

P: Het was niet de vorige avond, het was het afgelopen weekend. Ik dacht, ik denk steeds van die rare dingen en ik wist dat het niet waar was. Maar als je er een tijdje aan denkt, na een tijdje heb je dan het gevoel dat zulke dingen werkelijk kunnen gebeuren. Het is te veel... je denkt alleen maar aan allerlei onbelangrijke dingen.

T2: En het begon allemaal afgelopen weekend, deze situatie?

T1: Ja.

Dit gesprek over een geweldsituatie nam een heel andere vorm aan dan het vorige. Toen de patiënt de situatie beschreef in verwarde taal, niet in staat een ondubbelzinnige beschrijving te geven, eindigde hij met te zeggen: 'Je mag iemand niet slaan.' Er was bij hem een begin van innerlijke dialoog om te kunnen omgaan met wat hij had gedaan. Maar het team reageerde er niet op en ging juist verder met vragen stellen over hoe hij contact had opgenomen met de gezondheidszorg. Dat was geen geïsoleerd voorbeeld, want in de volgende uitspraak, toen de patiënt zijn zelfreflectie over zijn 'vreemde dingen' (i.e. hallucinaties) voortzette, hielp het team hem niet om meer woorden te construeren voor deze specifieke ervaring waarover hij sprak. In dit korte fragment waren er twee uitspraken die niet werden beantwoord en als gevolg daarvan ontstond er geen dialoog. In dit fragment lag de thematische en de interactionele dominantie bij de teamleden, terwijl P kwantitatief dominant was. Betekenissen werden in indicatief taalgebruik gecreëerd en het was een mono-



logisch gesprek. In totaal lag in de drie geanalyseerde behandelbijeenvakomsten van dit geval de interactionele dominantie in 25% en de semantische dominantie in 60% van de fragmenten bij de cliënten. In 10% van de fragmenten werd symbolische betekenis geconstrueerd en in 15% van de fragmenten ontstond een dialogisch gesprek.

### Bespreking

**Het belangrijkste doel van dit artikel** was voorlopige aanwijzingen te leveren op grond waarvan de aard van de open dialoog bij de behandeling van psychotische klachten geëvalueerd kan worden, waarbij met name de behandelbijeenvakomst centraal staat. De aard van de dialoog tijdens de behandelbijeenvakomsten van patiënten met een goed behandelresultaat werd vergeleken met die bij patiënten met een slecht behandelresultaat. De belangrijkste uitkomsten waren dat de patiënt en diens netwerk de interactie in het gesprek domineerden in gevallen met een goed resultaat; meestal spraken zij in symbolische betekenissen in plaats van over feitelijk bestaande dingen in hun omgeving en de gespreksfragmenten hadden vaker een dialogische vorm. Deze verschillen werden geïllustreerd aan de hand van twee voorbeelden van een dialoog over geweld in het gezin. In het geval met het goede resultaat beantwoordde het team de verrassende informatie van het gezin over het gewelddadige moment door een dialogisch gesprek te blijven voeren in de vorm van een interne reflectieve dialoog tussen de teamleden. In het geval met een slecht resultaat reageerde het team niet op de patiënt toen deze sprak over zijn eigen verantwoordelijkheid en zelfs niet toen hij vertelde over de 'vreemde dingen' die hij psychotisch ervoer.

Het was niet de bedoeling in dit artikel een causale verklaring te bieden. De uitkomsten moeten dan ook niet worden gezien alsof wij een verklaring geven voor een goed versus slecht behandelresultaat, omdat er in de behandeling vele andere dingen een rol speelden die hier niet aan de orde komen. De analyse moet worden gezien als een manier om de kwaliteit van de therapeutische dialoog in de behandelbijeenvakomst te ontwikkelen. Dit wordt zichtbaar gemaakt aan de hand van een analyse van de verschillen in de drie bestudeerde variabelen in de sequentieanalyse en door een concrete illustratie van de dialoog tussen teamleden in een extreme situatie, namelijk in een gesprek over een situatie waarin geweld werd gebruikt. Daarmee zijn er aanwijzingen dat de aard van de dialoog van invloed kan zijn op het behandelresultaat, hoewel dit niet de enige factor is en het niet als een volledige verklaring gepresenteerd wordt.

De sequentieanalyse als geheel laat zien dat het in deze gesprekken de taak van het team is om het netwerk de leiding te laten nemen en te laten beslissen waarover gesproken wordt en hoe daarover wordt gesproken. Als de cliënten de mogelijkheid krijgen symbolische betekenis te construeren, neemt het proces gemakkelijker een vorm aan waarmee taal geconstrueerd kan worden voor de moeilijkste ervaringen. In zo'n situatie kan de dialoog een dialogische vorm krijgen, een vorm van gezamenlijk nadenken over belangrijke zaken. Dit type dialoog lijkt niet meer op de klassieke manier van vragen stellen om informatie in te winnen en op basis daarvan conclusies te trekken en interventies te plannen. De vorm van de dialoog zelf wordt 'interventie', terwijl het de taak van het team is via dialogische antwoorden meer ruimte te creëren voor een gezamenlijke dialoog. Het subject van de 'interventie' is de dialoog zelf, niet de patiënt of het netwerk dat hem of haar omringt.

De activiteiten van het team worden afgestemd op wat tijdens de bijeenkomst gebeurt. Als het team luistert naar wat de cliënten zeggen, en op een dialogische manier antwoordt, krijgen de cliënten – de patiënt én diens sociale netwerk – de gelegenheid te leren van hun eigen uitspraken. Zoals bleek in het voorbeeld van de dialoog bij een goed behandelresultaat volgde de patiënt in zijn innerlijke taal actief het reflectieve gesprek van het team. Hij maakte steeds opmerkingen en probeerde bovendien woorden te vinden voor zijn eigen gedachten. Men kan zich gemakkelijk voorstellen dat in een dergelijke sfeer genoeg veiligheid wordt geboden om de stap te zetten naar niet-uitgesproken ervaringen. Deze worden niet gezocht in een afgerond, zij het verborgen verleden, maar worden gezamenlijk geconstrueerd en verwerkt in een dialoog.

In de dialoog bij het geval met een slecht behandelresultaat lag het heel anders. Het team ging niet in op de pogingen van de patiënt om woorden te vinden voor zijn gewelddadigheid tegenover zijn moeder, noch op zijn psychotische, vreemde gedachten. In dit fragment vond hij geen gehoor, zodat hij niet werd gesteund om verder te gaan in zijn innerlijke dialoog over deze bijzonder moeilijke kwesties. Hoewel er later misschien alsnog over deze zaken kon worden gesproken, werden zijn eigen initiatieven om na te denken over zijn verantwoordelijkheid voor het slaan van zijn moeder en over zijn psychotische ideeën in dit fragment genegeerd. Men kan aanvoeren dat zijn onzekerheid over de vraag welke van zijn ervaringen belangrijk was en de moeite waard was om over te praten, toenam toen hij geen enkele reactie kreeg op zijn overwegingen. Het team handelde op zich adequaat. De therapeuten probeerden informatie te verkrijgen over wat er was gebeurd en hoe het contact met de zorg was gelegd. Praten over geweld nadat een volwassen zoon zijn moeder heeft geslagen is natuurlijk een zeer gevoelig en emotioneel onder-

werp voor een therapeut. In dergelijke situaties is het moeilijker om op dat moment in het gesprek alert te zijn op de dialoog of te weten wat het beste antwoord is. Deze analyse lijkt te bevestigen wat in de inleiding werd gezegd: luister naar de woorden die de cliënt zegt en geef antwoord op zijn of haar vragen in plaats van op de eigen vragen.

#### Literatuur (ongewijzigd overgenomen)

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. *ISPS. Abstracts and Lectures*, 12-16 October.
- Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia: Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.
- Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Rääköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363-372.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes: Acts of informing and forming. In S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 11-35). New York: Guilford.
- Anderson C., Hogarty G., & Reiss D. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Bakhtin, M. (1981). *Dialogic imagination*. Austin: Texas University Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostojevskij's poetics*. Minneapolis: Manchester University Press.
- Beels, C.C., Kogan, S., & Gale, J. (1997). Mapping and/or discovering meaning in family therapy: An e-mail conversation. *Family Process*, 36, 127-132.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1998). *Genom tidens lins*. Stockholm: Mareld.
- Falloon, I. (1996). Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 271-283.
- Falloon, I., Boyd, J., & McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Friedman, S. (Ed.) (1995). *The reflecting team in action*. New York: Guilford.
- Garety, P. (1994). Construction of 'paranoia': Does Harper enable voices other than his own to be heard. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 145-146.
- Gehart, D., Ratliff, D., & Lyle, R. (2001). Qualitative research in family therapy: A substantive and methodological review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 261-274.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Gergen, K., & McNamee, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. In R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Construction of disorders* (pp. 333-349). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gleeson, J., Jackson, H., Stavely, H., & Burnett, P. (1999). Family intervention in early

- psychosis. In P. McGorry & H. Jackson (Eds.), *The recognition and management of early psychosis* (pp. 380-415). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldstein, M. (1996). Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Clinical Psychopharmacology*, 11(Suppl. 18), 77-83.
- Haarakangas, K. (1997). The voices in treatment meeting: A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. Diss. English Summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119-126.
- Harper, D. (1994). The professional construction of 'paranoia' and the discursive use of diagnostic criteria. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 131-143.
- Holma, J., & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19, 463-477.
- Karon, B. (1999). The tragedy of schizophrenia. *The General Psychologist*, 32, 3-14.
- Keränen, J. (1992). The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. Diss. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93, 124-129.
- Kogan, S., & Gale, J. (1997). Decentering therapy: Textual analysis of a narrative therapy session. *Family Process*, 36, 101-126.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312-320.
- Leiman, M., & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development and conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330.
- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam: John Benjamins.
- Linell, P., Gustavsson, L., & Juvonen, P. (1988). Interactional dominance in dyadic communication: A presentation of initiative-response analysis. *Linguistics*, 26, 415-442.
- Luckman, T. (1990). Social communication, dialogue and conversation. In I. Markova & K. Foppa (Eds.), *The dynamics of dialogue* (pp. 45-61). London: Harvester.
- Marley, J. (1999). Family therapy and schizophrenia: A developing model for practice. *Journal of Family Psychotherapy*, 10, 1-14.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., & Jackson, H. (1996). EP-PIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305-325.
- Penn, P. (1998). Rape flashbacks: Constructing a new narrative. *Family Process*, 37, 299-310.
- Penn, P., & Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: Writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217-231.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Seikkula, J. (1991). Family-hospital boundary system in the social network. Diss. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80, 227-232.
- Seikkula, J. (1995). From monologue to dialogue in consultation with larger systems. *Human Systems*, 6, 21-42.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2000). A two-year follow-up on open dialogue treatment in first episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. [In Russian, English manuscript from the authors] *Social and Clinical Psychiatry*, 10, 20-29.

- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-265.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Shotter, J. (1993a). *Conversational realities: Constructing life through language*. London: Sage.
- Shotter, J. (1993b). *Cultural politics of everyday life*. Buckingham: Open University Press.
- Shotter, J. (1996). *Vico, Wittgenstein, and Bakhtin: 'Practical trust' in dialogical communities*. Paper in the conference Democracy and Trust, Georgetown, Nov. 7-9.
- Shotter, J. (1998). Life inside the dialogically structured mind; Bakhtin's and Voloshinov's account of mind as out in the world between us. In J. Rowan & M. Cooper (Eds.), *The plural self: Multiplicity in everyday life* (pp. 71-92). London: Sage.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing traditional therapies with narrative approaches. In C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative therapies with children and adolescents* (pp. 1-52). New York: Guilford.
- Stern, S., Doolan, M., Staples, E., Szmukler, G., & Eisler, I. (1999). Disruption and reconstruction: Narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process*, 38, 353-369.
- Swartz, S.D. (1994). Issues in the analysis of psychotic speech. *Journal of Psycholinguistic Research*, 23, 29-44.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*, 7(1), 11-16.
- Tuori, T. (1994). *Skitsosfrenian hoito kannattaa. Raportti skitsosfrenian, tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämishjelman 10-vuotisarviointista*. Helsinki: Stakes Raportteja 143.
- Walkup, J. (1994). Commentary on Harper, 'The professional construction of paranoia and discursive use of diagnostic criteria.' *British Journal of Medical Psychology*, 67, 147-151.
- Wertsch, J. (1985). *Vygotsky and social formation of mind*. Cambridge: Harvard University Press.
- Van der Kolk, B., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Williams, C. & Collins, A. (1999). Defining new frameworks for psychosocial intervention. *Psychiatry*, 62, 61-78.
- Voloshinov, V (1996). *Marxism and the philosophy of language*. Cambridge: Harvard University Press.
- Vygotsky, L. (1970). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Vygotsky, L. (1981). The development of higher forms of attention in childhood. In J. Wertsch (Ed.), *The concept of activity in Soviet psychology* (pp. 189-240). New York: M.E. Sharpe Inc.

## Het terugdringen van gedragsproblemen bij kinderen van mishandelde vrouwen\*

Ernest N. Jouriles, Renee McDonald, Laura Spiller, William D. Norwood, Nanette Stephens, Holly Ware, Wendy M. Buzy en Paul R. Swank

Deze studie is een experimentele evaluatie van een interventie die gedragsproblemen bij kinderen van mishandelde vrouwen beoogt te verminderen. De deelnemers waren 36 gezinnen (moeders en kinderen) waarvan de moeder haar toevlucht had gezocht in een opvanghuis vanwege geweld in de relatie en waarbij ten minste één kind (4-9 jaar) met gedragsproblemen van klinische betekenis had. De interventie bestond uit twee hoofdcomponenten: *a* instrumentele en emotionele steun geven en *b* de moeder pedagogische vaardigheden aanleren. Gezinnen werden at random toegewezen aan de interventieconditie of aan de vergelijkingsconditie met de gangbare hulpverlening. De metingen werden verricht op vijf momenten in een periode van zestien maanden na het vertrek van deze gezinnen uit het opvanghuis. In vergelijking met de gezinnen die de gangbare hulpverlening kregen, verbeterden de kinderen in de interventieconditie in een sneller tempo, was er een forse daling in het percentage kinderen dat gedragsproblemen van klinische betekenis vertoonde en een sterkere verbetering van de pedagogische vaardigheden bij de moeders.

Tegenwoordig wordt erkend dat geweld tegen vrouwen een belangrijk maatschappelijk en gezondheidsprobleem is dat vernietigende gevolgen voor het gezin kan hebben. Hoewel vrouwen de meest voor de hand liggende slachtoffers zijn, wordt steeds duidelijker dat de invloed van geweld zich ook uitstrekt tot de kinderen. Empirische resultaten van zeer uiteenlopende onderzoeken wijzen uit dat kinderen van mishandelde vrouwen, vooral als zij tijdelijk in een opvanghuis verblijven, een aan-

\* Reducing conduct problems among children of battered women (2001). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 774-785.

Ernest N. Jouriles, Renee McDonald, Laura Spiller, William D. Norwood, Nanette Stephens, Holly Ware en Wendy M. Buzy zijn verbonden aan het Department of Psychology, University of Houston; Paul R. Swank is werkzaam bij Developmental Pediatrics, University of Texas - Houston Health Science Center.

Dit onderzoek kwam mede tot stand met steun van subsidies van de Hogg Foundation for Mental Health, de Texas Higher Education Coordinating Board en van subsidie 53380 van het National Institute of Mental Health.