Een goed gesprek

Een goed gesprek over de beleving van een psychose. De ontwikkeling van een communicatie project

Inleiding
De bio/psycho/socio benadering zoals die momenteel in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg opmaat is lijkt een integrale benadering van de hulpvrager te garanderen. Ervaringen van gebruikers tonen echter een andere realiteit. In de praktijk wordt door gebruikers steeds meer een biologische dominantie ervaren. Die zou staan voor een goede, ogenschijnlijke objectieve en effectieve benadering van psychiatrische problematiek. Het beleid van de overheid om de kosten meer beheersbaar te maken en hulp uit te kunnen drukken in modulen en eenheden is daar mede debet aan. Steeds meer gebruikers zijn hier niet gelukkig mee. Ze brengen steeds meer tot uitdrukking dat zij meer behoefte hebben aan maatwerk waarin zij ervaringen en belevingen kunnen delen met professionals en andere betrokkenen.
Een deelnemer aan het project COMPRO zegt hierover: "Het gaat mij om het feit dat de kwetsbaarheid in het hoofd, al of niet aangeboren, wat maakt het uit, leidt tot chaos in de geest als die kwetsbaarheid vrijspel krijgt. En dan is het goed om medicijnen te slikken als gips om die kwetsbaarheid heen. Dan rest het feit dat je geest door die kwetsbaarheid in chaos is gebracht". "Een gesprek over de ervaringen en belevingen in die chaos ontbreekt echter heel vaak. Daardoor krijg je geen adequate hulp aangeboden"
Het ontwikkelen van ruimte voor een goed gesprek over de ervaringen en belevingen in een psychose, daarover gaat dit artikel. Het gaat over de aanpak die het communicatieproject (COMPRO) voorstaat.
De werkwijze in dit project zal op termijn positieve invloed hebben op de kwaliteit van de hulpverlening.
U leest achtereenvolgens over het ontstaan, over de nog prille ontwikkeling in Nederland, over de context, over persoonlijke ervaringen tot nog toe en over de toekomstige mogelijkheden.

Dhr. K. Onderwater

Kees is sociaal sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam als preventiewerker bij Riagg C/OW Amsterdam.

Hij maakt tevens deel uit van de eindredactie SP.

Wat is het communicatie project (COMPRO)?
COMPRO is de afkorting van communicatie project.
COMPRO stelt zich tot doel te werken aan het genereren van nieuwe ideeën en werkwijzen om de communicatie over psychisch lijden te bevorderen. Het is de bedoeling te werken aan de ontwikkeling van vernieuwende praktijken.
Deze praktijken willen op basis van gelijkwaardigheid de communicatie bevorderen tussen alle betrokkenen te weten: cliënten, familie en hulpverleners.
Communicatie over de persoonlijke beleving van de deelnemers met

betrekking tot psychosen (de Boer, Mölders en Theunissen 1997 / Mölders-1998).

In eerst instantie zou je dan denken dat het uitsluitend gaat om cliënten die vertellen over eigen ervaringen en belevingen, maar het is in dit project juist ook de bedoeling om familie en hulpverleners aan het woord laten. Welke ervaringen en belevingen hebben zij als meest betrokkenen tijdens een psychosen en wat zijn hun gevoelens en overwegingen bij hun handelen en niet handelen.

COMPRO wil dus in eerste instantie ruimte bieden voor de drie meest betrokken partijen om op voet van gelijkheid uit te wisselen over persoonlijke belevingen met een psychose.
We spreken dan over een trialoog. COMPRO gaat nog een stap verder en introduceert een gesprek waaraan ook andere betrokkenen deelnemen; de multiloog. We willen in een multiloog naast ervaringsdeskundigen, familie en GGZ-hulpverleners ook andere betrokkenen, zoals huisartsen, maatschappelijkwerkers, politieagenten, sociale dienst medewerkers, etcetera, aan het woord laten over hun ervaringen en belevingen met betrekking tot mensen met psychosen.

COMPRO wil, financieel gesteund door het Nationaal fonds Geestelijke volksgezondheid, een platform bieden voor de ontwikkeling van multilooggroepen en open multiloogbijeenkomsten in het land. Tevens is het de bedoeling, middels deelprojecten, te werken aan een wetenschappelijke basis en het toegankelijk maken van andere dan verbale communicatievormen.
Het concept is geïntroduceerd door Heinz Mölders en wordt nu uitgevoerd door Heinz Mölders van INCA-projectbureau Amsterdam en de afdeling preventie van de RIAGG Centrum/Oud West/Noord in Amsterdam.

Waar komt het communicatie project over psychosen vandaan?
Het Wereld Congres Sociale Psychiatrie (1994) in Hamburg stond in 1994 in het teken van de 'trialoog'.
Trialoog wil zeggen dat gebruikers van de psychiatrie, familie en vrienden en behandelaars met elkaar van gedachten wisselen over hun ervaringen in de psychiatrie.
Op dit congres werd een concreet voorbeeld getoond van een manier waarop je een trialoog in de praktijk kan uitvoeren, het Psychose Seminar.
De idee van een Psychose Seminar is ontstaan in 1990 aan de Universiteit van Hamburg (Bock e.a, 1997).
De aanleiding was een confrontatie tussen een docent, Thomas Bock en een (ex-)cliënte Dorothea Buck tijdens een college over sociale psychiatrie.

Tijdens dat college werden verschillende vertegenwoordigers van therapeutische scholen geïnterviewd over psychosen. Dorothea eiste dat ook degenen waarover het ging, de cliënt, aan het woord zou komen.
Zij eisten dat haar visie over haar eigen psychose ook gehoord zou worden.
Thomas Bock trok zich deze kritiek aan en betrok haar bij het seminar. Het gevolg was dat bij volgende seminars eerst ervaringsdeskundigen en later ook hulpverleners en familie betrokken werden.

Een Psychose Seminar werd een bijeenkomst van ervaringsdeskundigen (gebruikers), familieleden, hulpverleners en ook andere geïnteresseerden, zoals studenten.

Het gaat in de bijeenkomsten om een gelijkwaardige dialoog en de mensen

kunnen er over hun eigen ervaringen met psychosen vertellen. Het is een openbare bijeenkomst in een ruimte buiten de psychiatrische voorzieningen. Iedereen die geïnteresseerd is kan de bijeenkomst bijwonen.
Er bestaan intussen al ruim honderd van dergelijke seminars in Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland. In Nederland zijn een aantal experimenten uitgevoerd en in uitvoering.

De context van deze ontwikkelingen in de Nederlandse GGZ.
De inhoud en werkwijze van Psychose seminars lijkt zo vanzelfsprekend dat het bijna gênant lijkt eraan te beginnen. Toch blijkt dat de deelnemers aan het project het ervaren als een verademing te mogen deelnemen.
In een tussentijdse evaluatie van de multiloog-groep was men uitermate positief.
Enkele reacties: "De uitwisseling was wat mij betreft hartverwarmend"
"Je zit met vreemde ervaringen, van een andere planeet. Het is prettig dat er belangstelling voor bestaat"
"Het is een aanloop naar verwerking van eigen pijn en verdriet, zorg en angst. Een beetje mededogen. Het besef dat hulpverleners geen tovenaars zijn met pasklare oplossingen". "Ik heb het belang van m'n eigen verhaal ingezien".
En van een deelnemende hulpverlener "Ik was verrast over het beleven bij de cliënten"

Het lijkt iets te zeggen over de praktijk van de reguliere hulpverlening. Veel gebruikers vinden daar blijkbaar niet de gespreksruimte en de aandacht die ze zouden wensen.
Achterliggende oorzaken zijn moeilijk met stelligheid te geven.
Toch zijn er een aantal dominante trends.
In Nederland wordt door veruit de meeste GGZ instellingen voor de behandeling van mensen met schizofrenie een integrale aanpak voorgestaan. Dat wil zeggen dat men het bio/psycho/socio model als uitgangspunt neemt bij de behandeling.

In de praktijk betekent dit echter, gestimuleerd door de "succesvolle generatie" antipsychotica, dat de nadruk ligt op de medicamenteuze behandeling.
Deze ontwikkeling wordt bevestigd door standpunten die een aantal belangrijke belangenbehartigingsorganisaties hierover innemen. Zo worden in het consensus document, verschenen onder auspiciën van de Schizofrenie stichting Nederland (1996), de minimumvoorwaarden genoemd voor de behandeling van schizofrenie. Het legt een sterke nadruk op de behandeling met medicijnen. Al het overige lijkt aanvullend.

Standpunten van de Nederlandse vereniging van psychiatrie in een nota als 'Het object van de psychiatrie is de ziekte'(1996) en in de voorlichtingsfolder 'Schizofrenie is een hersenziekte'(NVvP, 1994) sluiten hier bij aan.
Ook Ypsilon verstrekt op haar website informatie waarin schizofrenie wordt neergezet als een ernstige psychiatrische ziekte die vooralsnog niet te genezen is. Bij de behandeling benadrukken ze de grote rol van medicatie. Daarnaast wordt voorlichting en steun aan familie en patiënt genoemd.
Doordat deze organisaties zo duidelijk een medisch georiënteerd standpunt innemen wordt de indruk gewekt dat door het slikken van medicijnen een groot deel van de problemen kunnen worden opgelost. Ook wekt het de suggestie dat de enige weg naar een fundamentele oplossing ligt in de richting van ingrijpen in chemische en fysiologische processen.

Vraagtekens bij een al te nadrukkelijke biologische aanpak.
In het Tijdschrift voor Psychiatrie (1997) schrijft de Kroon in een artikel waarin hij de biologische psychiatrie tracht te nuanceren: "Ondanks deze ontwikkelingen blijft het een feit dat men over het ziekteproces en de oorzaken van schizofrenie nog steeds in het duister tast. De bron van de ziekte schizofrenie is nog steeds onbekend. Nog nooit heeft een onderzoeker één 'foute molecule' gevonden als veroorzaker van psychiatrische stoornissen".

Van den Hoofdakker schrijft (1998), dat hij vaak minder euforisch heeft gereageerd op de bloeiperiode van de biologische psychiatrie omdat z'n wetenschappelijke houding hem dat in veel opzichten verbiedt. Hij onderbouwt z'n standpunt aan de hand van een boekbespreking. Het Amerikaanse boek "Pseudowetenschap in de biologische psychiatrie" van Ross en Pam 1995.
De kracht van het boek is, volgens van den Hoofdakker dat het laat zien dat een groot deel van de biologische psychiatrische research en de klinische praktijk wel degelijk wordt gedicteerd door het simplistische mensbeeld dat de mens het product is van chemische en fysiologische processen.
"Veel wetenschappelijke zekerheden zijn gebaseerd op tautologieën, klakkeloze aannames, overgeneralisaties, verwaarlozing van alternatieve hypothesen en naïef geloof in de objectiviteit van somatische gegevens" (...).
"Iedere keer als ik zoiets lees denk ik, het kan toch niet waar zijn.
In dit soort simplisme gelooft toch niemand meer. Massaal wordt ontkent dat de meest essentiële eigenschap van de mens is onderdeel te zijn van de wereld waarin hij leeft"(...).

Hij constateert dat in de Amerikaanse psychiatrische praktijk communicatieve en psychotherapeutische vaardigheden langzamerhand ondergeschikt worden. "Minder en minder dokters en hun leerlingen delen meer en meer pillen uit op grond van een DSM-diagnose" (pag.41).

De psychiatrie staat voor het probleem dat personen met de wereld om zich heen in de knoop raken. Het gaat wat van den Hoofdakker betreft om een evenwichtige aanpak waarin biologie en psychologie, aanleg, opvoeding en sociale context op een gelijkwaardige wijze worden meegenomen in de ontwikkelingen.

De hoogleraar en psychiater Romme, is bij uitstek een vertegenwoordiger in Nederland van de op eigen ervaring en beleving en de meer op taal gerichte benadering.
Dat komt tot uiting in z'n, ook op Europees niveau baanbrekende werk op het gebied van omgaan met het horen van stemmen.(Romme, 1990/Pennings, 1997)
Hij schreef naar aanleiding van het verschijnen van het consensus document schizofrenie een alternatief document (1997).
Een citaat hieruit: "De benadering van schizofrenie moet zich vooral richten op het voorkomen, bestrijden en vooral ook het begrijpen van de verschijnselen, het leren omgaan daarmee, en het treffen van voorzieningen zodat de patiënt met zijn of haar grote of kleine beperkingen een zo goed mogelijk leven kan leiden.

Momenteel vormen echter anti-psychotische geneesmiddelen, hoe nuttig en nodig die ook vaak zijn, helaas maar al te vaak de hoeksteen van de behandeling, wat een te eenzijdige invalshoek is".

Consequenties van deze ontwikkeling.
Door de grote nadruk die momenteel wordt gelegd op de medicamenteuze aanpak blijven heel andere aspecten van de integrale benadering achter in de aandacht van hulpverleners en instellingen. De bio/psycho/socio benadering wordt niet als een gelijkwaardige drie-eenheid in de praktijk gebracht.
Daardoor ontstaat het gevaar dat belangrijke andere aspecten onvoldoende aandacht krijgen en de behandeling kwalitatief onvoldoende is. De praktijk wordt voor een belangrijk deel geleid vanuit het biologisch adagium.
Rehabilitatie, psycho-educatie, voorlichting worden allemaal meegenomen in een totaal concept waarin de cliënt als object gezien wordt.

Deze ontwikkeling drukt door z'n domeindominantie andere aspecten van de integrale aanpak naar de achtergrond. Daarbij komt dat deze ontwikkeling ook past in een overheidsbeleid waarin een einde is gemaakt aan de groei van de GGZ en moet worden gezocht naar modellen om de steeds grotere vraag naar zorg te kunnen beheersen.
Tijd om aandacht besteden aan de context waarin mensen leven, het persoonlijke verhaal van mensen, is steeds minder beschikbaar.
Hulpverlening wordt steeds meer afgepast, en in modulen en eenheden aangeboden. Het gaat om bedrijfsmatige aanpak, productie cijfers en doorlopend zoeken naar meer effectiviteit van de hulpverlening. Een object gerichte benadering past uitstekend in deze ontwikkeling.

Een andere benadering.
Reden om specifiek aandacht te vragen voor de andere twee aspecten (sociologische en psychologische) van het integrale model. We willen aandacht voor het persoonlijke verhaal van de cliënt zodat deze zich middels z'n eigen historie kan plaatsen in zijn of haar sociale context.

De filosoof Harry Kunneman zegt in dit verband in Het uitzicht van Sisiphus (1996): "De farmacotherapeutische vernieuwing is ongekend. De betekenis van deze vernieuwing is echter relatief, omdat de therapeutische mogelijkheden die er uit voortspruiten slechts één element belichamen in een complexe, meervoudig gelaagde samenhang, die zich niet vanuit één punt laat sturen of beheersen".

Ook de Kroon gaat hierop in (1997). "Het zoeken naar dé oorzaak is een absurditeit. Het doet de complexiteit van het probleem ernstig tekort en zal nooit leiden tot een evenwichtige praktijkvoering. Soma tot primaat verheffen is een illusie. Als er in de psychiatrie dan toch gekozen moet worden voor een primaat, dan is dat wel dat van de taal. Immers de taal is het middel waarmee wij betekenis kunnen hechten aan dingen en gebeurtenissen, aan psyche én soma". Narratieve (verhalende/vertellende) individualiteit is één van de aspecten van deze meervoudige gelaagde samenhang. In het artikel van Doortje Kal wordt daar dieper op ingegaan. Het gaat om het vermogen van mensen om in willekeurige situaties hun eigen plaats in een gemeenschappelijke culturele en sociale ruimte te zoeken. Ze zullen die ruimte innemen via verhalen over hun eigen gevoelens, inzichten en handelingen en dit als betekenisvol willen ervaren.

Het gaat om verhalen die ze niet alleen zelf vertellen maar waarin ze zelf ook als actor verschijnen en optreden.

Het COMPRO-project richt zich op krachten die door middel van ruimte voor het eigen verhaal en beleving ontstaan en die een actieve rol stimuleren bij de aanpak van de persoonlijke problemen.

Half gesloten Multilooggroep.
De ervaringen in Nederland opgedaan zijn nog tamelijk pril. In november 1997 werd gestart met een half gesloten groep. Op uitnodiging namen totaal vijftien personen deel. Vijf ervaringsdeskundigen, vijf familieleden en vijf hulpverleners. De deelname is vrijwillig. Enige voorwaarde is eigen ervaring met psychosen. Het gaat uitdrukkelijk niet om therapeutische groepsbijeenkomsten. Alle deelnemers aan de groep moeten zich veilig en zeker kunnen voelen. Daarom worden er vooraf een aantal dingen geregeld en afgesproken.
In overleg met de deelnemers worden het aantal bijeenkomsten en de data gepland. De bijeenkomsten vinden éénmaal per twee weken plaats.

Tijdens de bijeenkomsten is er sprake van een strakke tijdstructuur. De bijeenkomsten duren twee uur.
De voorzitter neemt niet actief deel aan de gesprekken maar functioneert als een soort verkeersleider. Hij/zij zorgt ervoor dat iedereen die wil met z'n verhaal of bijdrage kan "landen". Zoveel mogelijk als in een verkeerstoren, in volgorde van aanmelding.

Deelnemers zijn vrij om wel of niet aan het groepsgesprek deel te nemen. De voorzitter bewaakt dat iedereen die dat wil aan het woord kan komen.
Dan blijkt echter ook Amsterdam een dorp. Een aantal deelnemers kent elkaar. Het blijkt in de praktijk alleen problemen op te leveren voor een aantal van de deelnemende hulpverleners.

De bijeenkomsten vinden plaats op neutraal terrein. Rol verwarring mag niet worden ingegeven door associaties die een bepaalde ruimte kan oproepen.
Dit betekent dus zeker geen ruimte in een geestelijke gezondheidszorg instelling. Er wordt uiteindelijk voor een ruimte in een buurthuis gekozen.
De gelijkwaardigheid in de groep is een basis principe.
Vooral de positie van hulpverleners in de groep is delicaat.

De hulpverlener heeft toch een speciale positie in de groep. Zij willen voorzichtig uit hun rol treden maar worden toch regelmatige aangesproken op hun deskundigheid.
De rol als deskundige biedt een bepaalde veiligheid. Toch blijkt dat zij ook persoonlijke ervaringen en belevingen willen inbrengen.
Gesprekken over de mens achter de hulpverlener leiden in de groep tot een meer gemeenschappelijk cultuur en middels een gemeenschappelijke taal tot meer inzicht en wederzijds respect.

Een eerste indruk.
Tijdens de bijeenkomsten kwamen een groot aantal thema's aan de orde, zoals:
Kun je iemand uit een psychose praten?
Kun je een psychose in diepgaande gesprekken ontrafelen?
Welke rol spelen angsten en hoe kun je ermee omgaan?
Hoe bereik je mensen vanuit gewone menselijkheid en hoe kom je achter de betekenis van hetgeen mensen bezig houdt?
Hoe kun je de zoektocht naar de betekenis in je behandelingsdoel opnemen?
"Een psychose is naar mijn mening een ongeluk dat je overkomt met traumatische ervaring. De ontregeling van de persoonlijkheid komt op de eerste plaats.

Met medicijnen kun je mogelijk de basis weer leggen voor een wederzijdse dialoog over die ontregeling.
Dit om die ontregeling te herstellen, die traumatische ervaring van een ernstig ongeluk op te vangen en te verwerken".

"Iemand uit z'n psychose praten is mogelijk" volgens een van de deelnemer aan de groep. "Een hulpverlener sprak in twee maanden vele malen met m'n dochter.
Daarna was ze gemotiveerd om medicatie in te nemen en ging het snel nog beter". "Je zou kunnen zeggen dat een psychose een onbewust besluit is om geen direct contact meer te willen hebben met anderen.
Dat vraagt om respect in z'n interactionele betekenis". Bij een confrontatie met iemand die psychotisch is voel je je als gesprekspartner uitgeschakeld.
De psychotische beleving is echter de volstrekte realiteit voor de belever. "Ik bouw het hele leven op om de psychose. Je vangt signalen op en trekt conclusies. Alles wat gebeurd wordt in verband gebracht met de psychotische beleving.
Bijvoorbeeld: "Een langsrijdende huurauto van 'Autobudget' betrok ik op m'n voortdurende problemen met budgettering".
"In de psychose creëer je je eigen veiligheid en je eigen wereldbeeld. Als de psychose stopt stort de wereld in. Je moet dan alles weer volledig van de grond af aan opbouwen".

Een belangrijke bijeenkomst voor de deelnemers was die waarin het ziekte concept centraal stond.
De aanwezigen ervaringsdeskundigen beleven het stempel om als individu ziek te zijn allemaal anders.
De één ervaart zichzelf absoluut niet als ziek. "Door het stempel ziek houdt alles op". Niemand is meer bereid om met een zieke te reconstrueren wat er gebeurd is en te vragen naar het waarom. Ze kreeg naast medicijnen steunende gesprekken maar alles binnen de context waarbinnen de medische benadering centraal stond.
Uiteindelijk vond ze buiten het reguliere circuit een therapeut die met haar samen haar ervaringen wilde reconstrueren.

Het ziektebegrip wordt door een andere deelnemer niet als probleem ervaren, wel de implicaties ervan zoals veel medicijnen en de weinig respectvolle benadering.
Daarentegen komt ook de duidelijke afkeer van te eenzijdig duiden van het zieke gezinssysteem en de zieke maatschappij aan de orde.
Diverse ouders voelden zich als "patiënt" behandeld en niet meer serieus genomen. Met name het permanente karakter van een dergelijk stempel wekt veel afkeer.

Vragen blijven stellen levert een blijvende vorm van onzekerheid op.
Mensen willen niet in een permanente onzekerheid leven maar kun je die realiteit ontkennen?
Benoemen en verklaren in de psychiatrie, het zijn volgens de deelnemers doorlopend pogingen om de angst beheersbaar te maken.

Open Multiloog bijeenkomsten.
In mei 1998 is gestart met open multiloog bijeenkomsten. Ze zijn openbaar en vrij toegankelijk voor iedereen die geïnteresseerd is.
De bijeenkomsten worden eveneens gehouden in de grote zaal van het buurthuis.
De publiciteit voor de open groep, middels affiches, is voorzichtig aangepakt in verband met de angst voor een te grote toeloop.
Het leidde ertoe dat de eerste keer vijftien mensen aanwezig waren.

De bedoeling is dat juist in de open groep naast de ervaringsdeskundigen, familie en GGZ-hulpverleners, ook andere zoals studenten in opleiding voor beroepen in de gezondheidszorg en hulpverleners uit andere beroepsdomeinen gaan deelnemen. Vooralsnog namen voor het overgrote deel familieleden en ervaringsdeskundigen aan de bijeenkomsten deel.

Gezien de keer op keer wisselende samenstelling hebben we in deze groep een aantal duidelijke spelregels aan de deelnemers uitgereikt.
- Het verhaal staat centraal.
- Vertellen en luisteren daar gaat het om.
- Alleen luisteren mag ook.
- Iedereen is gelijk en vanuit z'n achtergrond en ervaring deskundig.
- Het gaat niet om een therapeutische sessie.
- Er is wel sprake van een informatieve uitwisseling.
- De deelname is op vrijwillige basis.
- Anoniem blijven is oké.

De laatste van de vier bijeenkomsten voor de zomervakantie waren er 23 deelnemers. De gesprekken liepen vlot en waren voor de deelnemers bevredigend.
Er werd onder meer gesproken over de functionaliteit van stemmen bij de strijd tegen eenzaamheid en de bescherming die 'gekte' in bepaalde situaties kan bieden. Ook het (niet) creatief omgaan van hulpverleners met iemand in een (manische) psychose leidde tot veel onderlinge herkenning. Dwang heeft geen zin en hier en daar ontstonden verbindingen met een creatieve opvoedkundige aanpak. Er waren veel overeenkomsten met de onderwerpen in de halfgesloten groep al viel op dat de continuïteit en veiligheid van de halfgesloten groep meer diepte in de gesprekken oplevert.

Slot
Dit soort multilooggesprekken waarin de deelnemers op voet van gelijkheid hun beleving en ervaringen uitwisselen blijken in de dagelijkse GGZ-praktijk niet te bestaan.
De eerste reacties uit de evaluaties zijn erg positief. In het verlengde van de Duitse psychose-seminars zijn de deelnemers enthousiast over zowel de gesloten als de open bijeenkomsten. Gezien de nog prille ontwikkeling kunnen we nog weinig zeggen over de effecten voor de deelnemers op langere termijn.

In de groepen ervaren de deelnemers hoe het is om zelf een grotere rol te kunnen spelen bij het praten over en omgaan met de eigen problemen. Ervaringen en belevingen rondom psychosen krijgen weer een plek in het eigen levensverhaal.
Het leidt bij ervaringsdeskundigen en familieleden tot meer onderling begrip en kan ook zeker leiden tot minder afhankelijkheid van professionele hulp en meer zelfvertrouwen bij het aanpakken van de eigen persoonlijke problemen.

Voor de deelnemende GGZ-hulpverleners is het een mogelijkheid om het eigen handelen te spiegelen aan de beleving van de gebruikers en familie.
In veel gevallen leidt dat ook tot meer onderling begrip en vooral tot het inzicht bij gebruikers dat hulpverleners niet de plaatsvervangers van God zijn hier op aarde.

De verwachting is dat de open multilooggroepen ook voor professionals die geen GGZ-achtergrond hebben een bijzondere invulling kunnen geven aan deskundigheidsbevordering.

Literatuur

Bock, T.,D. Buck,I. Esterer.
"Es ist normal verschieden zu sein",
Psychose seminar - Hilfe zum dialog.
Psychiatrie Verlag, Bonn, 1997.

Boer F.J.de, H. Mölders, J. Theunissen.
Communicatie over psychischlijden.
Deviant nr.15, december 1997.

Coleman, R.
We zijn lang genoeg slachtoffer geweest.
Deviant nr.10, 1995.

Consensusdocument.
Minimum voorwaarden voor de behandeling van schizofrenie.
Schizofrenie stichting Nederland, 1996.

Hoofdakker van den,
Bio-psychiatrische namaakwetenschap.
Boekbespreking van Pseudoscience in biological psychiatry.
Deviant nr.17, juni, 1998.

Kal D.en J. Baars,
Het uitzicht van Sisyphus, Maatschappelijke contexten van geestelijke (on)gezondheid.
Woltersgroep, Groningen 1995.

Kroon J.A.M.,
Een gevaarlijke psychiatrie in bloei.
TvP, januari, 1997.

Mölders H.,
Babylon: spraakverwarring en grootheidswaan. Wereldcongres sociale psychiatrie.
Deviant nr. 3, blz.16-19, dec. 1994.

Mölders H.,
A contribution to the way out of the dilemma of burning out or fading away: The project COMPRO.
Lezing WAPR-congres, Hamburg 2-5 mei,1998.

Pennings M.H.A., M.A.J. Romme,
Gespreksgroepen voor mensen die stemmen horen. Maastricht, mei, 1997.

Petry, D.,M. Nuy,
De ontmaskering,
SWP, Utrecht 1997.

Romme M.A.J.,
Alternatief consensusdocument schizofrenie 1997. Consensus over schizofrenie?
Deviant nr. 12,1997.

Romme M.A.J., A. Escher,
Stemmen horen accepteren.
RUL Maastricht, 1990.