

Het huidige zorgaanbod heeft meer hindernissen en schotten dan ons lief is. Hierdoor blijft de beoogde toegankelijkheid en continuïteit in de zorg problematisch en is er uitval van mensen met psychische problemen. De Open Dialoog-benadering en de Open Hart Cirkels blijken een meer aangepaste bejegening voor mensen in extreme relationele crisissituaties en met existentiële vragen.

Hoe verdrijven we de verbrokkeling in ons zorgaanbod?

Open Dialoog en Open Hart Cirkels bieden een alternatief

■ Open dialoog (OD)

In de jaren tachtig ontwikkelde Jaakko Seikkula (2011) en zijn medewerkers Open Dialogue in West-Lapland als alternatief voor de residentiële behandeling van mensen in een psychotische crisis. De term werd in 1995 geïntroduceerd om zowel de andere zorgorganisatie als de specifieke vorm van dialogische gespreksvoering aan te duiden. Bij een crisis wordt de behandeling onmiddellijk aangeboden, bij voorkeur in de thuisomgeving van de cliënt. Bedoeling is eerder ruimte te creëren voor de verschillende verhalen van cliënt en betrokkenen, dan diagnoses te stellen en een medische behandeling te starten. Luisteren staat voorop en professionele interpretaties of residentiële opnames worden op de achtergrond gehouden. Alle betrokkenen worden uitgenodigd op de netwerkbijeenkomsten die verlopen in de grootst mogelijke transparantie. Er wordt nooit over, maar steeds met cliënt en betrokkenen gepraat. Waarover de dialoog gaat wordt door de aanwezigen bepaald op het moment zelf. Ook de reflecties van de hulpverleners worden in alle openheid gedeeld. Er wordt niet doorverwezen: het team begeleidt het hele proces onafhankelijk van waar de gesprekken plaats vinden. Men gelooft in de krachten van de cliënt en diens omgeving. De ontmoetingen richten zich op het faciliteren van dialoog en niet zozeer op gedragsverandering of genezing. De gedeelde taal voor complexe ervaringen maken dat het netwerk weer vat krijgt op het leven. Zeven principes vormen de basis van OD (zie kader).

Psychose is geen ziekte, maar een overlevingsstrategie. Het is een irrationele oplossing voor een onoplosbaar probleem. Langdurige psychotische fenomenen zijn de uitkomst van mislukte therapie, door een gebrek aan begrip voor de levensproblemen, ofwel door een te late opstart ervan. Medicatie is te vermijden en hoogstens te gebruiken in zeer lage dosis. Psychose komt niet alleen voor bij patiënten, maar is een ervaringsvariante waarvoor nog geen woorden zijn. OD is een netwerkbenadering met de focus op de relaties en betekenisgeving. Elke crisis is een kans om het gefragmenteerde brede sociale netwerk herop

te bouwen. Iedereen (familieleden, vrienden, burens, collega's,...) is een competente partner in het helingsproces.

OD wordt steeds meer ondersteund door wetenschappelijk onderzoek en verspreidt zich internationaal: aanvankelijk in de Scandinavische landen, vervolgens in andere Europese landen en de Verenigde Staten. In het Verenigd Koninkrijk wordt OD sinds 2012 sterk gepromoot door de National Health Service. In Nederland bouwt men sinds enkele jaren verder op de Londense variant *Peer-supported Open Dialogue* die naast meditatie ook peer support toevoegt aan het Finse model. Sinds 2006 werken Seikkula en Peter Rober (KUL) samen aan de jaarlijkse *Summer School on Dialogical Practices*. In 2016 werd Seikkula zowel in Kortenberg als in Brugge uitgenodigd. Hij inspireerde het Zorgcircuit Psychose in Noord-West-Vlaanderen en in het bijzonder het Mobiel Vroeg Interventie Team Psychose. Bovendien startte men er met een OD-Academie met een intervisie- en leesgroep onder leiding van professor Stijn Vanheule (2016).

■ Open Hart Cirkels (OHC)

Willy Vandamme ontwikkelde de OHC-benadering in Vlaanderen vanuit zijn praktijkervaring in de bijzondere jeugdzorg en in het bijzonder naar aanleiding van het sterven van zijn dochter (Beel, 2017). De opeenvolgende negatieve ervaringen met de psychiatrie, die uiteindelijk leidden tot de zelfdoding van zijn 28-jarige dochter, noopten Vandamme en zijn echtgenote om hun verdriet om te zetten in iets positiefs voor andere jongeren die hun plaats niet vinden in deze wereld en worstelen met existentiële vragen. De psychiatrie, zoals ze vandaag nog op vele plaatsen bestaat, biedt voor hen geen afdoend antwoord. Integendeel, ze maakt het nog erger door patiënten op te sluiten en de familie uit te sluiten. Vanuit hun geloof in de liefde wilden ze – liefst in samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg – een alternatief bieden voor gezinnen die iets gelijkaardigs meemaken. OHC zijn niet

Onmiddellijke hulp: binnen 24u	Beschikbaar zijn als de vraag er is
Sociaal netwerk: vanaf het begin betrokken	Iedereen die geraakt is betrekken bij de zoektocht
Flexibiliteit en mobiliteit: duur, plaats en inhoud van behandeling naar behoefte	Op maat, op de plaats en volgens het ritme van de betrokkenen
Verantwoordelijkheid: de gecontacteerde hulpverlener organiseert het gesprek en blijft verantwoordelijk voor het vervolg	De betrokkenen blijven verantwoordelijk, de gecontacteerde procesbegeleider blijft opvolgen
Psychologische continuïteit: zelfde team is ambulante en residentiële beschikbaar	Beschikbaarheid en vraag aan betrokkenen om echt in dialoog te gaan met de lopende hulpverlening
Tolerantie voor onzekerheid: geen diagnose stellen maar betekenis op laten komen	Geen psychiatriserende blik of tekorten-bril
Dialogisme en polyfonie: dialogische afstemming bevorderen staat voorop	Existentiële vraagstelling en zoeken naar een nieuwe liefdevolle en kansen gevende taal

tegen de psychiatrie gericht, maar gaan uit van de overtuiging dat er andere manieren zijn om met psychose en verwarring om te gaan, zonder bijkomende schade toe te brengen.

Als directeur van het Oranjehuis in Kortrijk vervulde Vandamme een pioniersrol door in 2010 vanuit het Columbus-experiment de methodiek van Positieve Heroriëntering te ontwikkelen ter preventie van plaatsing van jongeren. Vooral de lange wachtlijsten in de zorg waren de aanleiding voor het experiment. Uitgangspunt was dat de organisatie van de hulpverleningsstructuren problemen veroorzaken, in plaats van ze te doen afnemen (Vanhouwaert, 2017). In 2015 werd "Contextbegeleiding in functie van Positieve Heroriëntering" door de Vlaamse overheid geïmplementeerd als een succesvolle module in de Integrale Jeugdhulp. In 2017 boden 31 organisaties deze module aan.

OHC bouwen verder op de methodiek van Positieve Heroriëntering. Enkele krachtlijnen vormden de basis (zie kader). Ze leggen nog meer de focus op de psychische kwetsbaarheid en de onderliggende existentiële vragen. OHC vertrekken vanuit de existentiële verontrusting van een betrokkene, meestal iemand die geraakt is door de problematiek van een naaste (Vandamme & Wouters, 2017). Een psychisch probleem heb je nooit alleen. Vaak is er een verontrusting of een crisis-situatie waarin een persoon vastgelopen is in zijn/haar relaties. Het gaat altijd over problemen die zich op ethisch-existentieel niveau afspelen en dus ook op dit niveau moeten worden beantwoord. De problemen mogen niet ontweken, verplaatst of weggewerkt worden door bijvoorbeeld een residentiële opname. Ze moeten verwelkomd en onthaald worden, zoals een moeder een lastig kind omarmt. De crisis is een kans tot verandering en groei. Vertrekkend vanuit de vraag wat de betrokkenen op het hart ligt of wat hen verontrust, spreekt men naar waarheid over de eigen beleving. In het wederzijds respectvol spreken en luisteren, wordt men bewust, kan men uitdrukking geven en vindt men woorden voor emoties. Dit werkt bevrijdend en verbindend. Het creëert een echte ontmoeting op het ethisch-existentieel niveau. Vanuit het kwetsbare uitspreken van gevoelens, deelt men dieperliggende ervaringen en neemt men de eigen verantwoordelijkheid op. Men treedt in verbinding met de gekwetstheid van zichzelf en anderen en maakt afspraken voor het verdere samenleven.

Het huidige aanbod van de initiatiefnemende vzw Re-Member situeert zich op micro-, meso- en macro-niveau. Op micro-niveau wordt een individuele hulpvrager steeds uitgenodigd en

begeleid om zelf in gesprek te gaan met al diegenen die geraakt zijn door het probleem en deze uit te nodigen voor een gesprek hierover in een OHC. Op meso-niveau is er momenteel een aanbod in vijf Vlaamse regio's, waar men aansluiting zoekt met de provinciale netwerken voor geestelijke gezondheidszorg. Het aanbod bestaat uit hulpverleners van erkende organisaties én professioneel opgeleide vrijwilligers. Op macroniveau is het de bedoeling om een Vlaams netwerk op te bouwen. Sinds maart 2017 loopt er met steun van het Agentschap Jongerenwelzijn een experiment in vijf regio's (Antwerpen, Mechelen, Leuven-Brussel, Gent-Eeklo en Kortrijk) met als doel 25 individuele trajecten te realiseren en te evalueren. Na elf maanden werden reeds 35 trajecten gerealiseerd. Het valt op dat de trajecten zeer intensief, maar ook vrij kort van duur zijn. De kortste trajecten houden één cirkelbijeenkomst in, de langste zes cirkels over drie maanden. Elk traject wordt opgevolgd door een telefonisch contact na drie en zes maanden.

De meso- en macrodimensie is van wezenlijk belang voor OHC. Ze verwijzen ook naar openhart als beweging waar *spreeken in waarheid en authentieke ontmoeting* van groot belang zijn in alle situaties van het leven. Je kan geen OHC leiden als je zelf niet deze waarden beleeft en betracht in je persoonlijk leven. Het is de kern van de goede bejegening van mensen én van de zorgorganisatie.

■ Onderliggende visie

Zowel OD als OHC werden ontwikkeld vanuit een zoektocht naar een alternatief voor psychiatrische opnames, omdat deze vaak eerder probleem-inducerend dan oplossend werkten. Aanvankelijk focuste OD zich op volwassenen met psychose, maar ondertussen wordt ze ook succesvol ingezet voor andere leeftijdsdoelgroepen en bredere (meestal complexe) problemen (Seikkula, 2011). De OHC focussen zich in de huidige experimenteerfase om pragmatische redenen op jongeren en jongvolwassenen van 0 tot 26 jaar die relationeel geblokkeerd zijn en worstelen met existentiële problemen. Maar de relevantie ervan lijkt ook voor oudere leeftijden op te gaan.

De context waarin OD en OHC ontstond is uiteraard verschillend, maar de grote overlap in de onderliggende visie en concrete methodiek is opvallend. De zeven basisprincipes van OD komen integraal aan bod, maar worden anders verwoord in de krachtlijnen van de OHC (zie kader). Een accentverschil merken we in het omgaan met verantwoordelijkheden: in OD nodigt de eerst gecontacteerde hulpverlener de betrokkenen uit voor een gesprek, terwijl in de OHC de hulpvrager sterker

verantwoordelijk blijft en door de procesbegeleider wordt ondersteund om – indien mogelijk – zelf alle betrokkenen mee uit te nodigen voor de OHC. Een ander nuanceverschil blijkt uit de invulling van de zorgcontinuïteit. In beide gevallen zijn én blijven begeleiders steeds beschikbaar! In OD gaat het om één en hetzelfde transmurale team dat de casus opvolgt ongeacht de setting. In OHC stimuleert men dat de betrokkenen zich niet afkeren, maar een echte dialoog voeren met de reguliere hulpverleners, indien die er zijn. OHC is immers geen anti-psiatrie. Men wil op gelijkwaardige basis, kritisch bevragend en met een open hart spreken met hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Indien wenselijk nodigt men ook de behandelende psychiater of psycholoog uit om deel te nemen aan een OHC. Men verwacht dan dat hij niet alleen deelneemt en spreekt als professional, maar ook als persoon die zich geraakt voelt.

Duidelijker verschillend is de uitdrukkelijke aandacht in OHC voor existentiële vragen en voor de spirituele dimensie die ons verbindt met het groter geheel. Het leven is een dynamisch gebeuren dat voortdurend uitdagingen, maar ook kansen schept. De crisis- of grenssituatie van waaruit de OHC vertrekken opent deze dimensie. Kleine symbolische elementen (zoals de wijze van openen en afsluiten van een OHC, het eenvoudige ritueel om de schoenen uit te doen bij het binnentreden in de OHC of het inbrengen van een kort meditatief moment, ...) helpen om het hart te kunnen openen (Vandamme en Wouters, 2017). In OD komt dit existentiële niveau eerder onrechtstreeks aan bod bijvoorbeeld in de opvatting van dialogisme als een fundamenteel en vitaal gegeven dat even evident is als ademen en dat OD geen psychotherapie is, maar een levenswijze (Seikkula, 2011) of dat OD niet de toepassing is van een specifieke therapeutische methode, maar van fundamentele menselijke waarden (Seikkula & Trimble, 2005).

OD steunt op de ontwikkelingspsychologie en integreert het psychodynamisch en systemisch denken uit de psychotherapie. Het bouwt verder op het werk van de Russische linguïst Mikhail Bakhtin over dialogisme. OHC laat zich inspireren vanuit de orthopedagogie en criminologie, meer bepaald de herstelvisie in de jeugd- en crisishulpverlening. Bovendien verwijst het naar het werk van de Franse filosoof Michel Foucault over de moed tot waarheid spreken. Beide visies zijn complementair en sluiten aan bij de globale paradigmashift naar een meer herstelgerichte benadering van de geestelijke gezondheidszorg (Vanheule, 2018). De stem van de cliënt en zijn context en de zelfheling staan daarin centraal.

■ Liefde als basis

Hetzelfde dialogische model vinden we zeer expliciet terug in nieuwste opvatting over gezinstherapie zoals beschreven door Peter Rober (2017). Ook hij distantieert zich van psychopathologische diagnoses die het gezinstherapeutische werk bemoeilijken. In plaats van een objectief probleem te veronderstellen, neemt hij de bezorgdheden van het gezin als uitgangspunt, met de feedback van de gezinsleden als leidraad doorheen het therapeutisch proces. Bovendien vertrekt hij van de aanname dat liefde de basis is van het gezin. Hoewel feiten zoals ontrouw en intrafamiliaal geweld dat lijken tegen te spreken, gaat hij toch uit van deze veronderstelling *“om – naast het lijden, de angst en de pijn – ook de inzet van gezinsleden te zien, die vaak ondergesneeuwd is na jaren van vallen en opstaan en weer vallen.*

Bovendien helpt deze veronderstelling ons om de krachten en mogelijkheden in het gezin te ondersteunen: hun inzet, hun gevoel van samenhang en hun hoop op een betere toekomst.”

Ook voor de OHC is liefdevolle zorg het uitgangspunt. Hierin staan dialoog, gelijkwaardigheid, spreken vanuit het hart en menselijke ontmoeting centraal (Vandamme, 2017). De taal van het lijden spreekt vanuit slachtofferschap en legt de oorzaak van het lijden bij de ander. De taal van de liefde spreekt niet vanuit angst of beheersingsdrang, maar vanuit rust en biedt kansen en mogelijkheden om te verbinden. Het is opvallend dat ook in OD de helende elementen van deze benadering geduid worden als liefde. Seikkula & Trimble (2005) gebruiken de term om belevingen te benoemen die het gevolg zijn van wederzijdse emotionele afstemming in de groepsgesprekken, zoals het creëren van een nieuwe gedeelde taal voor een meerstemmig gesprek, gedeelde emotionele ervaringen en gemeenschapsvorming. De gevoelens van liefde in groepsbijeenkomsten zijn niet erotisch of romantisch. Het gaat om sterke gemeenschappelijke gevoelens van delen en samen horen, uitdrukkingen van diep vertrouwen, emoties van gedeelde opluchting en lichamelijke ontspanning, belichaamde gevoelsuitdrukkingen.

■ Verbrokkeling tegengaan

De Wachter (2014) beschrijft onze huidige samenleving als een verbrokkelde, uiteenvallende wereld waarin liefde de verbindende factor kan zijn. Mensen worden op veelvuldige wijzen geforceerd tot functioneren, waardoor het onmogelijk wordt gewoon te doen. De toename van psychische problemen, van crisissituaties en vrijheidsbeperking in de zorg zijn schrijnende illustraties hiervan (Cools, 2017). OD en OHC, die uitdrukkelijk liefdevolle zorg willen bieden, botsen op de grenzen van de huidige strakke en verbrokkelde zorgorganisatie.

Er zijn verschillende knelpunten. In de eerste plaats de rechtstreekse toegankelijkheid en de zorgcontinuïteit (Ebraert, 2017) die er in te veel gevallen gewoon niet is, bijvoorbeeld door hindernissen zoals wachttijden, of de noodzakelijke verwijzing door een hulpverlener, of de aanmelding via een centraal meldpunt, dat op zijn beurt doorverwijst voor intake, waarna men opnieuw wordt verwezen ... Deze opeenvolgende drempels zijn nefast, omdat ze de vitale vorming van een vertrouwensrelatie met een persoonlijk engagement verhinderen en het engagement van de zorgverlener reduceren tot een professionele afhandeling van één onderdeelje (bv. screening, diagnostiek of intake) van een globaal proces.

Ook de schijnbaar evidente en vooral dwingende eis van de overheid om DSM-diagnoses toe te schrijven aan elk probleem dat wordt aangemeld, leidt al te vaak tot een jammerlijke functionele reductie van een bredere hulpvraag en tot de illusie van meer kansen op behandelbaarheid. De recente waardering van ervaringsdeskundigheid en cliëntparticipatie daarentegen, is een verademing. Maar de concrete vertaling ervan in bijvoorbeeld cliëntenparticipatie op teamvergaderingen wanneer over hen gepraat wordt, blijft op de meeste plaatsen een verre droom. Toch merken we een toegenomen bereidheid tot erkenning van eigen kwetsbaarheid en gelijkwaardigheid tussen cliënten en hulpverleners uit verschillende disciplines. Dit biedt mogelijkheden om samen een nieuwe taal te zoeken om te spreken over psychische kwetsbaarheid (Vanheule, 2018).

Moeilijker is de vaststelling van de hardnekkige schotten tussen jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg. Deze zijn zowel het gevolg van een verschil in visie, als van diverse organisatorische elementen. Bijna twee decennia integrale jeugdzorg hebben daar weinig aan verholpen. De psychiatrisering en medicalisering van problemen lijkt onweerstaanbaar en vertaalt zich onder andere in systematische te zware diagnosticering, overmatig medicatiegebruik en onterechte residentiële opnames, bij gebrek aan middelen én visie voor een beter alternatief. Gelukkig zijn er steeds meer geluiden voor een meer persoonlijke psychiatrie (met een relativering van de beschrijvende en weinig nuttige diagnostiek) en een wijkgerichte geestelijke gezondheidszorg (Delespaul e.a., 2016). Organisatorische breuklijnen zijn het gevolg van afzonderlijke registratiesystemen en communicatie-circuits, een doorgeschoten bureaucratiesing, de inefficiënte prestatiefinanciering van artsen (en van klinisch psychologen in de toekomst?), de niet op elkaar afgestemde financiering van jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg, de opgelegde provin-

ciale aansturing via ggz-netwerken voor kinderen en jongeren die onvoldoende tegemoet komen aan lokale noden, ...

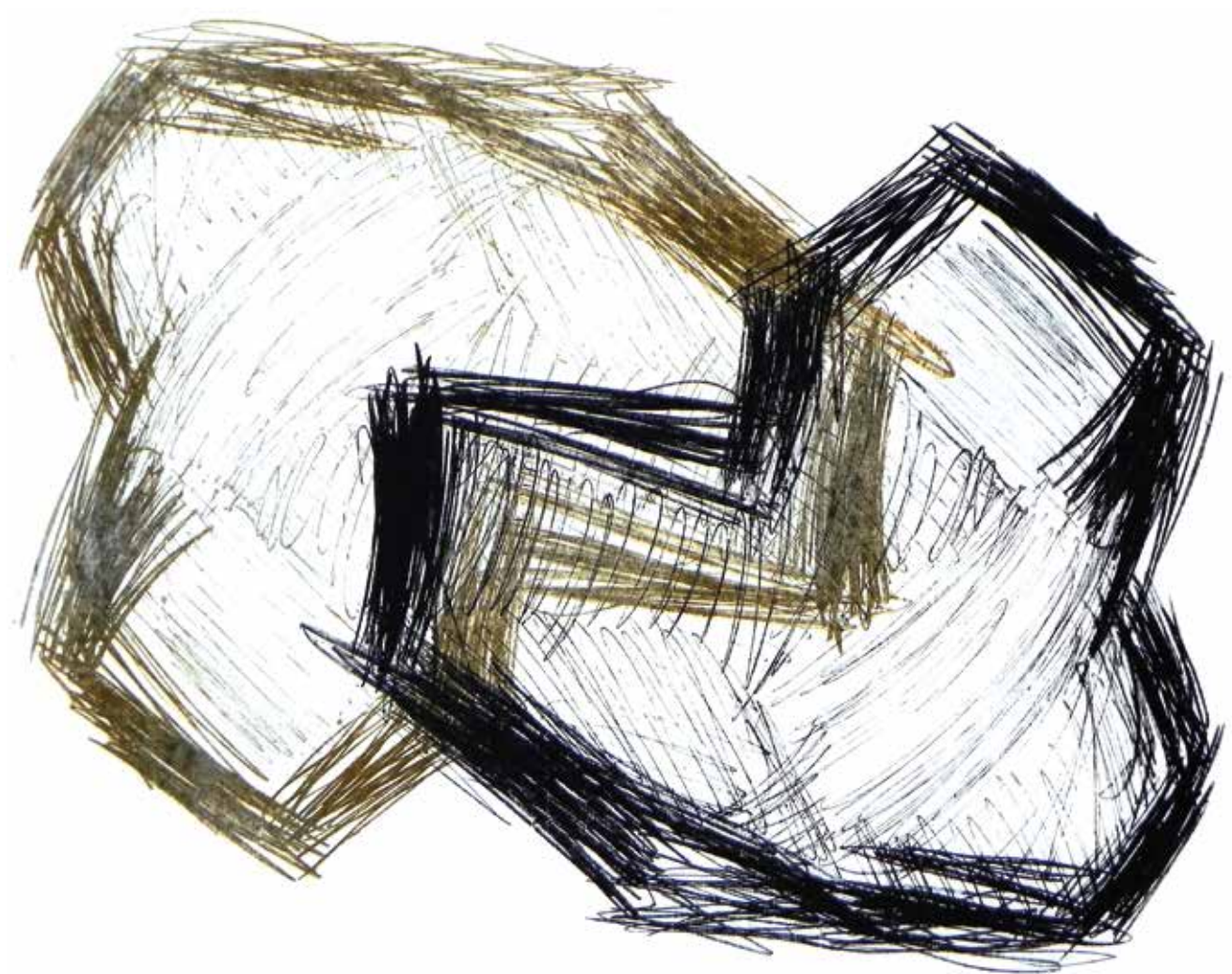
OD en OHC doorkruisen deze rationeel opgesplitste structuren en komen op voor een zorgzame bejegening van de kwetsbare hulpvrager. We hopen dat deze initiatieven een breder draagvlak verwerven en dat de overheden de nodige flexibiliteit vinden om ze een volwaardige plek te geven.

Bob Cools

klinisch psycholoog-psychoanalytisch therapeut, directeur Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont, docent geestelijke gezondheidszorg Odisee Hogeschool en bestuurder Karus.
bob.cools@cggdepont.be

Bronnen en websites

Zie pagina 34



Referenties pag. 9-11

- **Broekaert, E., Kooyman, M., & Ottenberg, D. J.** (1993). What cannot be changed in a therapeutic community? *Orthopedagogische Reeks Gent*, 2, 51-62.
- **Broekaert E., Vandevelde S., Soyez V., Yates, R. & Slater, A.** (2006). The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *European Addiction Research*, 12, 1-11.
- **De Leon, G., Sacks, S., Staines, G., & McKendrick, K.** (2000). Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26, 461-480.
- **De Ruyscher, C., Vanheule, S., & Vandevelde, S.** (2017). 'A place to be (me)': a qualitative study on an alternative approach to treatment for persons with dual diagnosis. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-10.
- **Goethals, I., Soyez, V., Melnick, G., De Leon, G. and Broekaert, E.** (2011). Essential elements of treatment: a comparative study between European and American therapeutic communities for addiction. *Substance Use and Misuse*, 46, 1023-1031.
- **Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M.** (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- **Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E.** (2014). *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*. Lisbon: EMCDDA.
- **Vanderplasschen, W., & Vander Laenen, F.** (2017). *Naar een herstelondersteunende verslavingszorg: praktijk en beleid*. Leuven: Acco.

Bronnen pag. 12-14

- **Beel, V.** (2017). De deur gaat dicht en de familie wordt buitengesloten. Pleidooi voor een andere psychiatrie. *DS Weekblad*. 28 januari. www.standaard.be/cnt/dmf20170127_02699091
- **Columbus-experiment** <http://vzw-oranjehuis.be/werkingen/columbus>
- **Cools, B.** (2017) Kan je herstellen onder dwang? Steeds meer vrijheidsbeperking in de zorg. *Psyche*, 29, 4, 4-6.
- **Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & van Os, J.** (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden, Diagnosis.
- **De Wachter, D.** (2014). *Liefde. Een onmogelijk verlangen?* Lannoo Campus, Leuven.
- **Ebraert, M.** (2017). *Continuïteit in de jeugdhulp is cruciaal. Hulpverleners laten hun cliënt nooit los*. <https://sociaal.net/analyse-xl/continuïteit-in-de-jeugdhulp/>
- **Olson, M., Seikkula, J. & Ziedonis, D.** (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.
- **Rober, P.** (2017). *Samen in gezinstherapie: over afstemming en dialoog in de gezinstherapeutische praktijk*. Pelckmans Pro. Kalmthout.
- **Seikkula, J.** (2011). Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 32, 3, 179-193.
- **Seikkula, J. & Trimble, D.** (2005). Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as embodiment of love. *Family Process*, 44, 4, 461-475.
- **Vandamme, W.** (2017). Psychische kwetsbaarheid. Openhartcirkels: een krachtig liefdevol antwoord. *Psyche*. 29,1, 4-7.
- **Vandamme, W. & Wouters, L.** (2017). *Psychische kwetsbaarheid en verontrusting: een krachtig hoopvol en liefdevol antwoord. Niet gepubliceerde cursustekst*. Re-Member.
- **Vanhouwaert, F.** (2017). Positieve Heroriëntering. Pluseffect voor hulpverleners. *Agora*. 6-10.
- **Vanheule, S.** (2016). Omgaan met psychose via dialoog. Over de open dialoogbenadering van Jaakko Seikkula. *Psyche*. 28, 2, 8-10.
- **Vanheule, S.** (2018). Herstel als existentiële en relationele uitdaging. Het zijnstekort als uitgangspunt. *Psyche*. 29, 4-8.

Open Dialoog

www.opendialoog.be
www.verbindendspreekmetpsychose.com/open-dialogue-academie.html
www.herstelondersteuning.nl/open-dialogue/
<http://opendialoguenhs.com/>
www.opendialogicalpractices.eu

Open Hart Cirkel

www.re-member-psychische-zorg.be

Referentie pag. 16-18

- **Baert, D.** (2017). In memoriam Nand Cuvelier. <http://blog.interactie-academie.be/opinie-debat/in-memoriam-nand-cuvelier/>
- **Cuvelier, F. & Matteeuws, A.** (1970). Le psychodrame de l'alcoolique. *Bulletin de Psychologie*, 23(13-16), 829-833.
- **Cuvelier, F.** (1976a). Psychodrama en interactiedrama, sociodrama en roltraining. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2(5), 206-214.
- **Cuvelier, F.** (1976b). *De stad van Axen. Gids bij menselijke relaties*. Kapellen: Pelckmans. 14de druk. (Zie ook Cuvelier 2008 & 2015).
- **Cuvelier, F.** (1990). *Jezus Mysticus. Naar het berontdekte Tomas-evangelie*. Kapellen: Pelckmans-Gottmer.
- **Cuvelier, F. e.a.** (1997). *Sociaal vaardig? Lieve deugd. Gids voor de basischool*. Die Keure, 1997.
- **Cuvelier, F.** (1998a). *Omgaan met zichzelf en met elkaar*. Leuven, Apeldoorn: Garant.
- **Cuvelier, F.** (1998b). *Verbondenheid? Het ontstaan van menselijke relaties*. Kapellen: Pelckmans.
- **Cuvelier, F.** (2000). Interactief gedrag geobserveerd, benoemd en ingeoeft. In: **R. Bouwen, K. De Witte, H. De Witte & T. Taillieu** (red.) *Van groep naar gemeenschap. Liber Amicorum Prof. Dr. Leo Lagrou*, pp.13-30.
- **Cuvelier, F.** (2001). *De bejegening tussen jou en mij. Grondslagen van het omgaan met elkaar*. Kapellen: Pelckmans.
- **Cuvelier, F.** (2008). *De stad van Axen. Gids bij menselijke relaties*. Utrecht: Klement. Volledig herwerkte uitgave.
- **Cuvelier, F.** (2014). *Vijf Zeven Vijf*. (52 Haiku's geschreven door Nand Cuvelier). Gent, Axenstudio (eigen beheer), Voskenslaan 167, 9000 Gent.
- **Cuvelier, F., red. Vranken Ph.** (2015). *The City of Axen. Guide to human relationships*. Antwerpen: Academy for Integrative and Humanistic Psychology and Psychotherapy. [Engelse vertaling van de herwerkte Stad van Axen (2008) met didactische illustraties incl. DVD (in het Nederlands) over de implementatie van de Axenroos in de gemeentelijke kleuterschool Beuk & Noot, Zoersel].
- **Zeilstra, A. & Van Eert, A.** (1995). Verslag van een interview met Ferdinand Cuvelier in de Relatiestudio te Gent, voor het *Psychodramabulletin van de Nederlandse Vereniging voor Psychodrama*.