

Jaakko Seikkula / Birgitta Alakare

Offene Dialoge

Können Sie sich eine psychiatrische Praxis vorstellen, in der das erste Treffen bei einer Psychose oder anderen schweren Krise in der Familie innerhalb eines Tages organisiert wird? In der sowohl der Patient als auch die Familie am ersten Treffen und am Behandlungsverfahren für so lange wie nötig teilnehmen dürfen? In der – von der medizinischen Grundversorgung über die Psychiatrie bis hin zum Sozialamt – alle Mitarbeiter, die mit der Familie zu tun haben, zu denselben Treffen eingeladen werden und offen ihre Meinungen darüber austauschen, wie die Krise entstanden ist und was getan werden sollte? Dass die Mitarbeiter dieselben bleiben, solange Hilfe gebraucht wird? Und dass alle Diskussionen und Entscheidungen über die Behandlung im Beisein des Patienten und der Familie geschehen?

Dies sind die Grundprinzipien des Offenen Dialogs, eines neuen Behandlungsansatzes in Finnland, der sich auf die Familie und das soziale Netz stützt und in Westlappland praktiziert wird. Die Entwicklung dieses Ansatzes begann Anfang der achtziger Jahre. Jaakko (Autor dieses Beitrags) wurde 1981 Psychologe in der Keropudas-Klinik, ein Jahr nachdem der Chefpsychiater Jyrki Keränen die Aufgabe des Klinikleiters übernommen hatte. Birgitta (Autorin dieses Beitrags) begann 1982 ihre Karriere als Ärztin ebenfalls in der Keropudas-Klinik. Später spezialisierte sie sich auf Psychiatrie. Birgitta arbeitet seit Jahren als Chefpsychiaterin im Gesundheitssektor. Ein wichtiges Mitglied im Team, der Psychologe Kauko Haarakangas, kam 1986 dazu, und ist zur Zeit Chefpsychologe. Zusammen mit weiteren Teammitgliedern hatten wir die Idee, ein familienzentriertes System aufzubauen, und da wir die Kontrolle über die Behandlungsplanung für eingewiesene Patienten hatten, konnten wir neue Praktiken einführen und uns um deren Weiterführung kümmern.

Der neue Ansatz ging nicht automatisch aus einer Entscheidung hervor, sondern entwickelte sich aus der Analyse von Problemen in der Praxis und dem Versuch, sie durch eine Umorganisation des Systems zu lösen. Die Ent-

wicklung des Offenen Dialogs durchlief mehrere Phasen. Die wichtigsten Schritte waren: (1) Anstelle von systemischer Familientherapie führte man 1984 offene Treffen für Familienbehandlung ein. (2) 1987 wurde eine Krisenabteilung in der Klinik gegründet, um fallspezifische Teams für Zuweisungen von den Stationen zu organisieren. (3) Alle psychiatrischen Ambulanzen fingen 1990 an, mobile Kriseninterventionsteams zu organisieren. Das bedeutet, dass das gesamte psychiatrische System in der kleinen Länsi-Pohja-Provinz im südwestlichen Teil vom finnischen Lappland seit den frühen 90er Jahren die hier beschriebenen Ideen umsetzt. In diesem Beitrag beschreiben wir die Grundideen des Offenen Dialogs. Wir beziehen den Ansatz von Westlappland mit ein und fügen einige Elemente aus anderen Ländern hinzu, die den Ansatz des Offenen Dialogs übernommen haben.

Vor der Öffnung der Grenzen

Zu Beginn der Entwicklung unseres Behandlungssystems für akutpsychiatrische Patienten in der Keropudas-Klinik in Tornio hatten wir zwei Hauptinteressen. Das eine war individuelle Psychotherapie für Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Dies ist wenig überraschend, denn die Keropudas-Klinik hatte seinerzeit Dutzende Langzeitpatienten, die als unheilbar galten und in die B-Psychiatrie, eine Chroniker-Einrichtung, überwiesen wurden. Für den Wechsel zu einer intensiveren Behandlung oder einer Behandlung in akuterer Situationen mussten die Mitarbeiter lernen, mit den psychologischen Ressourcen von Patienten mit psychotischen Problemen umzugehen.

In Finnland wird psychotherapeutische Praxis als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens angeboten. Besonders wichtig war die programmatische Entwicklung und Forschung, die seit den sechziger Jahren von Professor Yrjö Alanen und seinem Team in einer psychiatrischen Klinik in Turku durchgeführt wird. Dieses Team fing mit individueller psychodynamischer Psychotherapie an und bezog seit den späten siebziger Jahren die Familie in die Behandlung mit ein. Sie nannten diesen Ansatz Bedürfnisangepasste Behandlung, um zu betonen, dass jeder Behandlungsprozess einzigartig ist und den verschiedenen Bedürfnissen der einzelnen Patienten angepasst werden sollte. In den Achtzigern systematisierten sie diesen Ansatz im Rahmen des Finni-

schen Nationalen Schizophrenie-Projekts. Sie definierten fünf Schwerpunkte: (1) schnelle Frühintervention, (2) Behandlungsplanung zur Erfüllung der fallspezifischen und veränderlichen Bedürfnisse von Patient und Familie, (3) Beachtung der therapeutischen Haltung bei Untersuchung und Behandlung, (4) Kontinuität des Behandlungsprozesses und (5) ständige Kontrolle des Behandlungsfortschritts und -resultats (Alanen 1997; Alanen / Lehtinen / Räköläinen / Aaltonen 1991). Unter Beachtung der langen Tradition von Schizophreniebehandlung in Finnland bedeutete die Idee des Offenen Dialogs (OD) in Westlappland die Organisation psychotherapeutischer Behandlung für alle Patienten innerhalb ihrer eigenen sozialen Unterstützungssysteme.

Was ist der Offene Dialog?

Mit »Offener Dialog« wurde 1996 zunächst die gesamte auf Familie und soziale Netze zentrierte Behandlung bezeichnet. Er hat zwei Aspekte: zum einen die Treffen, an denen alle Beteiligten von Anfang an teilnehmen, um durch einen Dialog ein neues Verständnis zu finden; zum anderen das gesamte System psychiatrischer Betreuung in einem geographischen Einzugsgebiet.

Hauptforum des Dialogs ist das Behandlungstreffen. Hier kommen die an der problematischen Situation Beteiligten mit dem Patienten zusammen, um die relevanten Themen zu diskutieren. Sämtliche Pläne und Entscheidungen zur Handhabung der Situation werden in Anwesenheit aller gemacht. Laut Alanen (1997) hat das Behandlungstreffen drei Funktionen: (1) das Sammeln von Informationen über das Problem, (2) die Entwicklung des Behandlungsplans und das Treffen aller nötigen Entscheidungen auf Basis des erörterten Problems und (3) die Entwicklung eines psychotherapeutischen Dialogs. Alles in allem liegt der Fokus nicht auf regressivem Verhalten, sondern auf der Stärkung der erwachsenen Seite des Patienten und der Normalisierung der Situation (Alanen et al. 1991). Ausgangspunkt der Behandlung ist die Sprache der Familie, wie sie das Problem des Patienten selbst beschreibt. Probleme werden als soziale Konstrukte gesehen, die jeweils neu formuliert werden (Bakhtin 1984; Gergen 1994; 1999; Shotter 1993a, 1993b). Alle anwesenden Personen sprechen mit ihrer eigenen Stimme und das Zuhören selbst wird, wie Anderson (1997) bemerkt hat, wichtiger als die Interviewmethode. Die

Teammitglieder können das Gehörte untereinander reflektieren und kommentieren, während die Familie zuhört (Andersen 1995).

Das Treffen findet in einem offenen Forum statt. Alle Beteiligten sitzen im Kreis. Die Teammitglieder, die das Treffen initiiert haben, übernehmen die Leitung des Dialogs. In manchen Fällen wird nicht vorab geplant, wer die Befragung übernimmt, und dann können alle Mitarbeiter beim Interview mitmachen. In anderen Fällen kann das Team vorher entscheiden, wer das Interview leitet. Das ist die beste Option, wenn das Team daran gewöhnt ist, Familientreffen auf strukturierte Weise durchzuführen. Die ersten Fragen sind so offen wie möglich gehalten, um zu garantieren, dass die Familienmitglieder und der Rest des sozialen Netzes mit den Anliegen beginnen kann, die momentan am relevantesten sind. Das Team plant die Leitthemen des Treffens nicht. Die Aufgabe der Interviewer ist von Anfang an, ihre Antworten auf das abzustimmen, was die Klienten sagen. Meistens ist die Antwort des Teams eine weitere Frage, was bedeutet, dass sich die Folgefragen der Teammitglieder auf die bisherigen Aussagen des Klienten und der Familie beziehen müssen. Falls der Patient nicht an dem Treffen teilnehmen will, besprechen wir mit den Familienmitgliedern, ob sie das Treffen fortführen wollen oder nicht. Wenn sie fortführen wollen, informiert ein Mitarbeiter den Patienten, dass er wiederkommen kann, wenn er möchte. Während dieser Diskussion fällen wir keine Entscheidungen, die den Patienten betreffen. Falls wir etwas so Gefährliches hören, dass wir uns gezwungen fühlen zu handeln, informieren wir vorher den Patienten.

Alle Anwesenden haben das Recht, alles zu kommentieren. Kommentare sollten keine laufenden Dialoge unterbrechen. Jeder neue Sprecher sollte seine Aussagen an das zuvor Gesagte anlehnen. Für die anwesenden Mitarbeiter heißt das, sie können entweder weitere Fragen zum angesprochenen Thema stellen oder reflektive Kommentare über das Besprochene an andere Mitarbeiter richten. Hierbei werden meist spezielle Ausdrücke zur Beschreibung der schwierigen Erfahrungen des Klienten eingeführt. Falls die Mitarbeiter die Familie an ihre Pflichten erinnern müssen, ist es am besten, dies gegen Ende des Treffens zu tun, nachdem die Familienmitglieder bereits über ihre dringendsten Sorgen gesprochen haben. Nach der Übereinkunft, dass die wichtigsten Themen besprochen wurden, schlägt der leitende Mitarbeiter die Beendigung des Treffens vor. Es ist allerdings wichtig, das Treffen nicht zu

beenden, ohne den Klienten nicht noch einmal anzusprechen, zum Beispiel mit der Frage: »Mir scheint, als könnten wir das Treffen beenden. Bevor wir das tun: Gibt es noch etwas, das wir besprechen sollten?« Am Ende des Treffens ist es hilfreich, die besprochenen Themen kurz zusammenzufassen, besonders ob und welche Entscheidungen getroffen wurden. Die Länge des Treffens kann variieren, aber meistens sind anderthalb Stunden angemessen.

Praktische Richtlinien

In Finnland wurden mittels Aktionsforschung mehrere Studien zur Wirksamkeit und zum Behandlungsprozess des Offenen Dialogs durchgeführt (Aaltonen et al. 1997; Haarakangas 1997; Keränen 1992; Seikkula 1991, 1994; Seikkula et al. 2003, 2006). Bei der Zusammenfassung dieser Studien zeichnen sich sieben Hauptprinzipien ab: 1) sofortige Unterstützung; 2) Konzentration auf das soziale Netz; 3) Flexibilität und Mobilität; 4) Verantwortung; 5) psychologische Kontinuität; 6) Toleranz für Unsicherheit und 7) Dialogförderung.

Diese Prinzipien sind aus der Forschung hervorgegangen und nicht etwa im Vorhinein geplant und dann befolgt worden. Später wurden allgemeine Ideen über gute Behandlung hinzugefügt. Im Folgenden beschreiben wir die Prinzipien als Richtlinien einer auf Dialog ausgerichteten Behandlung. Die meisten Studien beziehen sich zwar auf die Behandlung von psychotischen Problemen, sind aber nicht diagnosespezifisch, sondern beschreiben eine netzwerk-basierte Behandlung, die in Krisensituationen besonders praktisch ist.

Sofortiges Reagieren

In einer Krise ist es am besten, sofort zu handeln und beispielsweise nicht mit dem Familientreffen zu warten, bis die Psychose nachlässt. Besser sollte die erste Reaktion innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Das Krisenteam sollte ein Treffen organisieren, unabhängig davon, wer zuerst kontaktiert wurde. Außerdem sollte ein Rund-um-die-Uhr-Krisenservice eingerichtet werden. Ein Ziel des sofortigen Eingreifens ist es, wenn immer möglich einen Klinikaufenthalt zu verhindern. Alle, auch der Patient, nehmen am ersten Treffen teil, während der schlimmsten psychotischen Phase.

Man kann häufig beobachten, dass die Patienten etwas erleben, was der Rest der Familie nicht mitbekommt. Auch wenn die Kommentare des Patienten in den ersten Treffen unverständlich sind, wird nach einer Weile klar, dass der Patient tatsächlich von wirklichen Vorfällen in seinem Leben gesprochen hat. Diese Vorfälle haben oft schreckliche und bedrohliche Elemente, über die vor der Krise nicht gesprochen werden konnte. Psychotische Erlebnisse beinhalten meistens wirkliche Vorfälle, und der Patient bringt zuvor unsagbare Themen auf. Das ist auch bei anderen Formen von schwierigem Verhalten der Fall. Bei extremer Wut, bei Depression oder Angst spricht der Patient von zuvor nicht sichtbaren Dingen. Auf diese Weise greift die Hauptperson in der Krise, der Patient, nach etwas, das für andere in ihrem Umfeld unerreichbar ist. Ziel der Behandlung ist es dann, Erlebnisse zu verarbeiten, für die es vorher keine Worte oder gemeinsame Sprache gab.

In den ersten Tagen einer Krise scheint es möglich, über Dinge zu sprechen, die später nur schwer zu diskutieren sind. In diesen Tagen können die Halluzinationen angesprochen und reflektiert werden, aber danach klingen sie schnell ab und die Möglichkeit, sich mit ihnen zu beschäftigen, kommt vielleicht erst nach einigen Monaten Einzeltherapie wieder. Es ist, als stünde die Tür zu diesen extremen Erfahrungen nur in den ersten paar Tagen offen. Wenn es das Team schafft, eine sichere Atmosphäre mit schnellen Reaktionen herzustellen und dem Klienten bei allen angesprochenen Themen zuzuhören, dann finden kritische Themen vielleicht einen Rahmen, in dem sie behandelt werden können, und die Prognose wird besser.

Das soziale Netz einbeziehen

Die Patienten, ihre Familien und andere wichtige Mitglieder ihres sozialen Netzes sind immer zu den ersten Treffen eingeladen, um Unterstützung für Patient und Familie zu mobilisieren. Weitere wichtige Mitglieder können Vertreter von Behörden sein, zum Beispiel von Arbeitsämtern und der Krankenversicherung, die bei der beruflichen Wiedereingliederung helfen, Kollegen oder Vorgesetzte, Nachbarn oder Freunde.

Soziale Netze können bei der Definition des Problems relevant sein. Ein Problem wird zu einem Problem, sobald es in der Sprache des Patienten oder ihm nahestehender Personen als solches definiert wurde. In den schwersten

Krisen kommen die ersten Vorstellungen des Problems häufig von den Menschen, die dem Patienten am nächsten stehen, und sie bemerken, dass manche Verhaltensweisen nicht mehr ihren Erwartungen entsprechen: zum Beispiel wenn ein Jugendlicher in der Familie verdächtigt wird, Drogen zu nehmen. Die junge Person wird Drogenkonsum selten als Problem ansehen, aber die Eltern können bei den ersten Anzeichen von Drogenmissbrauch in Angst und Schrecken versetzt sein. Anderson und Goolishian (1992) sagen, dass derjenige, der das Problem sieht, Teil des Definierungssystems des Problems wird. Bei einer Netzwerk-Perspektive sollten alle in den Prozess integriert werden, denn das Problem ist nur gelöst, wenn alle, die es als solches definiert haben, es nicht mehr als Problem bezeichnen.

Es ist hilfreich, eine einfache Richtlinie zu erstellen, wer zu den Treffen eingeladen werden sollte. Das kann zum Beispiel durch Befragung der Kontaktperson getan werden, die sich in der Krise gemeldet hat: 1) Wer weiß von der Situation oder ist direkt beteiligt? 2) Wer könnte hilfreich sein und am ersten Treffen teilnehmen? 3) Wer sollte einladen, die Kontaktperson oder das Behandlungsteam?

Auf diese Weise wird die Teilnahme der dem Patienten nahestehenden Personen im Rahmen einer alltäglichen Konversation vorgeschlagen, was mögliche Vorbehalte gegen die Einladung senkt. Außerdem kann derjenige, der die Dienste kontaktiert hat, entscheiden, wen er nicht zu den Treffen einladen will. Wenn das Treffen in einem offiziellen Ton vorgeschlagen wird, zum Beispiel durch die Frage »Erlauben Sie uns, Ihre Familie zu kontaktieren und zu einem Treffen einzuladen?«, dann wird es oft schwierig, den Patienten und ihm Nahestehende dazu zu motivieren. Ein weiterer Faktor bei der Entscheidung über relevante Beteiligte ist herauszufinden, ob die Klienten schon früher oder im Zusammenhang mit der momentanen Situation andere professionelle Hilfe aufgesucht haben. All diese Parteien sollten so bald wie möglich eingeladen werden. Falls es ihnen nicht möglich ist, an den ersten Treffen teilzunehmen, kann ein gemeinsames Treffen später arrangiert werden.

Die sozialen Beziehungen unserer Klienten können auf verschiedene Weise einbezogen werden. Wenn manche nicht in der Lage sind, an den Treffen teilzunehmen, können die Klienten gefragt werden, ob sie andere Leute einladen wollen, die ihre Situation kennen und hilfreich sein könnten. Ein Mitglied des

Netzes kann die Aufgabe erhalten, die Abwesenden nach dem Treffen zu kontaktieren und deren Kommentare in das nächste Treffen einzubringen. Die Anwesenden können zum Beispiel gefragt werden, »Was hätte Onkel Matti gesagt, wenn er hier gewesen wäre? Wie hättest du geantwortet? Und was hätte er dazu gesagt?«

Flexible Anpassung an spezifische und veränderliche Bedürfnisse

Flexibilität wird dadurch garantiert, dass die Behandlung an die spezifischen und veränderlichen Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie angepasst und die geeignetsten Therapiemethoden angewendet werden. Es gibt kein allgemeingültiges Behandlungsschema. Jeder Patient muss auf eine Art behandelt werden, die am besten zu seiner eigenen Sprache passt, zu seiner Lebensweise und Möglichkeit, aus den einzelnen Therapiemethoden Nutzen zu ziehen. Auch die Behandlungsdauer muss dem eigentlichem Problem und individuell angemessen sein. Während der ersten zehn bis zwölf Tage einer Krise sind die Bedürfnisse völlig andere als drei oder vier Wochen später. In der akutesten Phase ist es zum Beispiel anzuraten, täglich ein Treffen zu ermöglichen, was später in gefestigter Situation nicht mehr nötig ist. In der späteren Phase wissen die Familien, wie häufig die Treffen am besten stattfinden sollten.

Der Treffpunkt sollte gemeinsam ausgesucht werden. In manchen Situationen ist die Wohnung des Patienten der beste Ort, wenn die Familie zustimmt; in anderen ist es eine Notfallstation oder eine ambulante psychiatrische Klinik, wenn die Familie das angemessener findet. Treffen im eigenen Haus scheinen unnötige Klinikaufenthalte zu verhindern, da die Ressourcen der Familie zuhause am besten verfügbar sind (Keränen 1992; Seikkula 1991).

In letzter Zeit wurden neue Ideen zur psychosozialen Behandlung von Psychosen entwickelt. Diese Programme folgen in erster Linie einem Krankheitsmodell, das psychotische Reaktionen als Zeichen einer Krankheit sieht, über die die Familie informiert werden sollte, damit sie Reizüberflutung und Rückfälle vermeiden kann. Diese Ansätze benutzen psychoedukative Modelle. Familien werden über die Krankheit informiert und trainiert, mit stressigen Beziehungen klarzukommen. Meistens wird ein Therapieprogramm erstellt, das in jedem Fall ziemlich ähnlich verläuft. Solche Programme sind relativ leicht wissenschaftlich zu beurteilen, aber es bleibt das Problem, sie auf die indivi-

duellen Bedürfnisse abzustimmen. Familien können leicht die Teilnahme verweigern (Frijs et al. 2003). Um dies zu verhindern, scheint der Bedürfnisangepasste Ansatz die Einzigartigkeit jedes Behandlungsprozesses besser einzubeziehen. Es passt zum nordischen System, in dem jede psychiatrische Einheit die Verantwortung für alle Klienten in ihrem Einzugsgebiet hat.

Verantwortung übernehmen

Es ist schwer, einen Krisendienst in einem Einzugsgebiet zu organisieren, wenn nicht alle beteiligten Mitarbeiter bereit sind, sofort einzugreifen. Eine hilfreiche Faustregel ist, dass derjenige, der zuerst kontaktiert wurde, das erste Treffen organisiert und das Team einlädt. Der Mitarbeiter kann vom Patienten selbst kontaktiert worden sein oder von Familienmitgliedern oder Behördenvertretern wie zum Beispiel der Schulkrankenschwester. Die Organisation eines speziellen Kriseninterventionsteams ist eine weitere Möglichkeit. Dann wissen alle Mitarbeiter, an wen sie die Klienten weiterleiten müssen. In diesem Fall wäre es nicht mehr möglich, auf eine Bitte um Hilfe mit »Das hat mit uns nichts zu tun, bitte wenden sie sich an die andere Klinik« zu reagieren. Stattdessen kann man beispielsweise sagen: »Mir scheint, als hätte das Problem ihres Sohnes mit Alkoholmissbrauch zu tun. Darf ich jemanden von der Alkoholentzugsklinik zu unserem Treffen morgen einladen?«

In den Treffen entscheidet man dann, wer am besten das behandelnde Team bildet. In komplexen Problemsituationen besteht das optimale Team aus Mitarbeitern verschiedener Einheiten, zum Beispiel je einem Vertreter der sozialen Fürsorge, der psychiatrischen Ambulanz und der Klinikstation.

Das für das erste Treffen mobilisierte Team sollte die ganze Verantwortung für die Analyse des vorliegenden Problems und den Behandlungsplan übernehmen. Alles Nötige für eine angemessene Intervention ist bereits im Raum, und keine andere Autorität weiß besser, was zu tun ist. Das bedeutet, dass alle Teammitglieder sich darum kümmern sollten, alle nötigen Informationen einzuholen, um die bestmöglichen Entscheidungen zu treffen. Falls der Arzt nicht am Treffen teilnehmen kann, sollte er telefonisch konsultiert werden, und wenn es Meinungsunterschiede über gewisse Entscheidungen gibt, ist ein gemeinsames Treffen zur Diskussion der Möglichkeiten mit der Familie zu empfehlen. Dies bestärkt die Familie darin, sich stärker an der Entscheidungsfindung zu beteiligen.

Garantierte psychologische Kontinuität

Das Team übernimmt so lange wie nötig die Verantwortung für die Behandlung, im ambulanten und stationären Bereich. Dies ist der beste Weg, die psychologische Kontinuität zu garantieren. Die frühe Bildung eines multidisziplinären Teams erhöht die Möglichkeiten, zwischen verschiedenen Behandlungseinrichtungen zu wechseln und Abbrüche zu verhindern.

Im ersten Treffen ist es unmöglich zu wissen, wie lang die Behandlung dauern wird. In manchen Fällen sind ein oder zwei Treffen genug, aber in anderen sind zwei Jahre intensive Behandlung nötig. Probleme können auftreten, wenn das Kriseninterventionsteam drei oder fünf Treffen organisiert hat und den Patienten dann an andere Instanzen überweist. Unter diesen Umständen liegt schon in den ersten Treffen der Fokus zu sehr auf den unternommenen Aktionen und nicht auf dem Prozess an sich. Die Vertreter des sozialen Netzes nehmen während der ganzen Behandlungsfolge an den Behandlungstreffen teil, auch wenn weitere Therapiemethoden verordnet werden.

Ein Aspekt der psychologischen Kontinuität ist es, verschiedene Therapiemethoden in einen Behandlungsprozess zu integrieren, so dass sie einander ergänzen. Wenn beispielsweise Einzelpsychotherapie empfohlen wird, dann ist die psychologische Kontinuität leicht dadurch garantiert, dass ein Teammitglied diese Therapie durchführt. Falls das nicht möglich oder anzuraten ist, kann der Psychotherapeut zu ein oder zwei gemeinsamen Treffen eingeladen werden und dies als Ansatzpunkt für die Themen der Einzeltherapie nutzen. Der Therapeut sollte gelegentlich zu den Treffen mit dem Team und der Familie eingeladen werden. Probleme können auftreten, wenn der Psychotherapeut nicht an den gemeinsamen Treffen teilnehmen will. Dies kann Zweifel der Familie an der Therapie bestärken, was auch den gemeinsamen Prozess gefährdet. Es sollte besonders bei Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden.

Ungewissheit tolerieren

In einer Krise müssen die Mitarbeiter, zu einem Zeitpunkt, wo noch niemand Antworten auf das eigentliche Problem hat, zuallererst die Sicherheit der Situation gewährleisten. Danach sollen die psychologischen Ressourcen des Patienten und der ihm Nahestehenden mobilisiert werden, um deren Handlungsfähigkeit in ihrem eigenen Leben durch die Entwicklung einer neuen Betrachtungsweise

ihrer extremsten Erlebnisse zu fördern. Der Aufbau von Vertrauen in den gemeinsamen Prozess verstärkt dies. In psychotischen Krisen kann zum Beispiel ein entsprechendes Sicherheitsgefühl durch tägliche Treffen während mindestens der ersten zehn bis zwölf Tage geschaffen werden. Danach können gemäß den Wünschen der Familie regelmäßige Treffen organisiert werden. Meistens wird in der Krisenphase kein detaillierter therapeutischer Vertrag gemacht, sondern es wird bei jedem Treffen entschieden, wann das nächste Treffen stattfinden soll. Auf diese Art können verfrühte Schlussfolgerungen und Behandlungsentscheidungen vermieden werden. Neuroleptika werden zum Beispiel nicht in den ersten paar Wochen eingesetzt. Dadurch gibt es mehr Zeit, das Problem und die ganze Situation zu verstehen. Dies ermöglicht auch eine spontane Genesung, in manchen Fällen löst sich das Problem von selbst. Wenn wir denken, dass Neuroleptika nötig sind, sollte deren Empfehlung in mindestens drei Treffen vor ihrer Anwendung besprochen werden.

Im Gegensatz dazu konzentrieren sich krankheitsorientierte Ansätze in der frühen Behandlungsphase auf die Linderung der Symptome durch Psychopharmaka. Für Psychosepatienten sind das für gewöhnlich Neuroleptika. Diese können natürlich helfen, aber sie bergen gleichzeitig das Risiko, die psychologischen Ressourcen zu schwächen. Neuroleptika stellen ruhig und dämpfen die Psyche, dadurch können sie die psychologische Arbeit behindern. Die Herausforderung ist, einen Prozess zu schaffen, der die Sicherheit verstärkt und zu persönlicher Arbeit ermutigt. Es ist hilfreich, die regelmäßige Verabreichung von Neuroleptika in mindestens zwei bis drei Treffen vor Beginn zu besprechen. Diese Schlussfolgerung wird von den Studien unterstützt, die wir unten beschreiben. In unserer Studie benutzten nur 29 % der akuten Psychosepatienten während der fünfjährigen Verlaufsstudie Neuroleptika.

Neben dem praktischen Rat, die Familie nicht mit ihren Problemen allein-zulassen, bedeutet Verstärkung der Sicherheit, die therapeutischen Konversationen so zu gestalten, dass jeder gehört werden kann. Eine Voraussetzung für die Garantie von Sicherheit in einer Krise mit geladenen Emotionen ist die Arbeit als Team. Um auf unser Beispiel zurückzukommen: Ein Teammitglied kann dem Sohn genauer zuhören, wenn er sagt, dass er keine Probleme hat und seine Eltern diejenigen sind, die die Behandlung brauchen. Ein anderes Teammitglied kann sich mehr für die Last der Familie interessieren, die den

Drogenmissbrauch des Sohnes nicht stoppen konnte. Schon im ersten Treffen ist es gut, etwas Zeit für reflektive Diskussionen innerhalb des Teams abseits dieser verschiedenen oder gar gegensätzlichen Perspektiven einzuplanen. Wenn die Teammitglieder einander zuhören können, erhöht das vielleicht die Chance der Familienmitglieder, einander ebenfalls zuzuhören.

Eine Situation, in der die Mitarbeiter es eilig haben, zum nächsten Treffen zu gehen, und daher eine schnelle Entscheidung vorschlagen, ist nicht die bestmögliche Nutzung der psychologischen Mittel der Familienmitglieder. In dem Fall sollte man besser sagen, dass wichtige Themen besprochen wurden, aber keine festen Schlüsse gezogen werden können und die Situation daher noch offen ist. Das kann zum Beispiel so in Worte gefasst werden: »Wir haben das jetzt eine Stunde lang besprochen, aber wir haben noch kein klares Verständnis davon, worum es hier geht oder was wir am besten tun sollten. Wir haben allerdings sehr wichtige Themen diskutiert. Wie wäre es, wenn wir das zunächst offenlassen und morgen fortfahren?« Danach sollte man sich auf konkrete Schritte bis zum nächsten Treffen einigen, um sicherzugehen, dass die Familienmitglieder wissen, was sie tun sollten, wenn sie Hilfe brauchen.

Dialogförderung

Die Treffen dienen hauptsächlich der Förderung des Dialogs und erst in zweiter Linie der Veränderung im Patienten oder der Familie. Dialog wird als Forum gesehen, welches den Familien und Patienten ermöglicht, mehr Handlungsfähigkeit in ihrem eigenen Leben zu schaffen, indem sie die Probleme besprechen (Haarakangas 1997; Holma / Aaltonen 1997). Der Dialog erwirkt ein neues Verständnis (Bakhtin 1984; Voloshinov 1996; Andersen 1995). Für die Mitarbeiter bedeutet das, dass sie sich auf neue Weise als Experten profilieren, denen ihre Klienten vertrauen können. Sie müssen darin geübt sein, Dialoge zu schaffen, durch die ihr spezifisches Expertenwissen sich in den Kontext einpasst.

Effektivität von Offenen Dialogen

In Westlappland wurde die Effektivität des Offenen Dialogs in Verlaufsstudien bei erstmaligen Psychosepatienten evaluiert. Die Ergebnisse im Ver-

gleich zur üblichen Behandlung sind vielversprechend (Seikkula / Amkil 2006). Beim Vergleich des *Behandlungsprozesses* bei Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen dem Offenen Dialog (OD) und der üblichen Behandlung wurden in der zweijährigen Verlaufsstudie folgende Unterschiede festgestellt (Seikkula et al. 2003):

- Die Patienten der Vergleichsgruppe hatten wesentlich längere Klinikaufenthalte (ca. 117 Tage gegenüber 14 Tagen in der OD-Gruppe).
- Alle Patienten in der Vergleichsgruppe nahmen Neuroleptika, verglichen mit einem Drittel im OD.
- In der Vergleichsgruppe wurden weniger Familientreffen im Rahmen der Behandlung organisiert (ca. 9 im Vergleich zu 26 im OD). Die Schwankung war in beiden Gruppen groß, von 0 bis 99 in der OD-Gruppe und von 0 bis 23 in der Vergleichsgruppe.

Die übliche Behandlung schien kontrollierende Behandlungsaspekte wie Klinikaufenthalte und Neuroleptika zu betonen. Familienmitglieder wurden in den meisten Fällen zur Besprechung eingeladen, aber Familientreffen fanden nicht so gezielt statt wie im Offenen Dialog. Individuelle Psychotherapie wurde in beiden Gruppen gleich häufig durchgeführt – in circa der Hälfte der Behandlungen –, woraus ersichtlich ist, dass verschiedene Therapiemethoden sowohl in der traditionellen als auch in der OD-Behandlung integriert werden.

Beim Vergleich der *Resultate* scheinen sich OD-Patienten mit der Diagnose Schizophrenie besser von ihren Krisen zu erholen. Folgende Unterschiede wurden festgestellt:

- 71 % der Patienten in der Vergleichsgruppe hatten gegenüber 24 % in der OD-Gruppe mindestens einen Rückfall.
- Patienten in der Vergleichsgruppe hatten im Vergleich mit der OD-Gruppe wesentlich mehr bleibende psychotische Symptome. Circa 50 % der Vergleichsgruppe hatten mindestens gelegentlich leichte Symptome, in der OD-Gruppe 17 %.
- Der Beschäftigungsstatus war bei OD-Patienten besser, nur 19 % lebten von Erwerbsunfähigkeitsentschädigung, verglichen mit 57 % in der Vergleichsgruppe.

Auch in der fünfjährigen Nachuntersuchung (Seikkula et al. 2006) blieben die Resultate bei den OD-Patienten positiv. Nur 29 % der OD-Patienten (vergli-

chen mit 39 % in der Kontrollgruppe) hatten einen oder mehrere Rückfälle. Die Erholung von der Psychose verlief in beiden Gruppen gleich. Nach fünf Jahren hatten 82 % der OD-Patienten (verglichen mit 76 % in der Kontrollgruppe) keine psychotischen Symptome mehr. Der Beschäftigungsstatus war besser als in jeder anderen dokumentierten Studie, 86 % der OD-Patienten (verglichen mit 72 % in der Kontrollgruppe) gingen wieder ihrem Studium, ihrer Arbeit oder der aktiven Jobsuche nach.

Schlussfolgerungen und Reflexionen

Diese Resultate zeigen eine beachtliche Veränderung der Psychiatrie. Ein bekannter Professor für Psychiatrie kommentierte in einer privaten Korrespondenz: »Wir haben bei Psychosen noch nie Resultate dieser Art gesehen.« In der kleinen Provinz in Westlappland gibt es erste Anzeichen dafür, dass das Auftreten von Schizophrenie zurückgegangen ist, von 33 neuen Patienten pro 100.000 Einwohner im Jahr 1985 auf zwei seit 2000. Ein Forschungsprojekt wurde begonnen, um dieses Phänomen und den Zusammenhang mit dem neuen Behandlungsansatz zu analysieren.

Unsere Herangehensweise an psychiatrische Krisen hat sich also verändert. Man ist es an sich gewohnt, Psychosen als Zeichen für Schizophrenie zu sehen und als relativ stabilen Zustand, der den Patienten das ganze Leben plagt. Zum Beispiel heißt es, Schizophreniepatienten bräuchten zu 33 % eine dauerhafte und zu 33 % eine erneute Behandlung, ein Drittel würde sich vollständig erholen und ins Arbeitsleben zurückkehren. In den wenigen vorhandenen langfristigen Verlaufsstudien zeigte sich, dass nach fünf Jahren 50 bis 60 % von einer Behinderntenrente leben (Svedberg et al. 2001; Lenior et al. 2001).

Möglicherweise bedeuten die positiven Resultate des Offenen Dialogs, dass Psychosen nicht länger als Zeichen einer Krankheit angesehen werden müssen, sondern als eine Art, mit Krisen umzugehen, und dass viele oder die meisten Menschen nach einer Krise in der Lage sind, wieder ein aktives soziales Leben zu führen. Und wenn so wenige wirklich Neuroleptika brauchen, können wir fragen, ob unser Verständnis des Problems selbst geändert werden sollte. Vielleicht ist es nicht der biochemische Zustand des Gehirns, der Halluzinationen hervorruft, sondern die Halluzinationen beinhalten wirkliche Erlebnisse des Le-

bens und sind eine mögliche Reaktion auf großen Stress. Dies kann bei jedem von uns vorkommen und bedarf keiner speziellen biologischen Vulnerabilität.

In der neuen Praxis sind offenbar neue Denkansätze zu Psychosen entstanden. Heißt das, dass wir die Organisation von psychiatrischen Diensten überdenken sollten? Statt uns darauf zu konzentrieren, die Symptome unter Kontrolle zu bringen und so schnell wie möglich loszuwerden, könnte der Fokus auf der Organisation von Treffen liegen, an denen alle Familienmitglieder, andere relevante Personen des sozialen Netzes und Mitarbeiter anderer Dienste teilnehmen. Und könnte es bedeuten, dass wir bei diesen Treffen mehr daran interessiert sein sollten, der Familie zuzuhören und dadurch Dialoge zu fördern, als daran, Eingriffe bei Patient und Familie zu planen? Wenn das der Fall ist, sollte die Ausbildung des Personals neue Aspekte enthalten: nicht nur Bücher über medizinische Eingriffe zu lesen, sondern über die Philosophie unserer menschlichen Ansichten nachzudenken und über Möglichkeiten, Dialoge zu schaffen, und darüber, wie man Menschen zuhören kann, statt den Therapieprozess zu dominieren. In Westlapland kann derzeit jeder Mitarbeiter drei Jahre lang umsonst in dialogischer Familientherapie geschult werden.

Diese Vorschläge sind in jedem psychiatrischen Kontext relevant. Aber der Offene Dialog ist kein Modell, das überall einheitlich befolgt werden sollte. Wir sind grundsätzlich gegen standardisierte psychiatrische Behandlungsmodelle und finden, dass sich jede Praxis nach den örtlichen Gegebenheiten und Kulturen richten sollte. Da jeder Behandlungsprozess mit einem einzelnen Patienten ein einzigartiger Prozess ist, sollte auch die Behandlung einzigartig sein.

Quellen

- Aaltonen, J. / Seikkula, J. / Alakare, B. / Haarakangas, K. / Keränen, J. / Sutela, M.: »Western Lapland project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project«, in: »ISPS. Abstracts and lectures 12-16 October 1997«, London: ISPS 1997, S. 124 – 129
- Alanen, Y.: »Schizophrenia. Its origins and Need-Adapted-Treatment«, London: Karnac Books 1997
- Alanen, Y. / Lehtinen, K. / Rääköläinen, V. / Aaltonen J.: »Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project«, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Bd. 83 (1991), S. 363 – 372
- Andersen, T.: »Reflecting processes: Acts of informing and forming«, in: S. Friedman (Hg.). »The reflective team in action«, New York: Guilford Publication 1995, S. 11 – 37
- Anderson, H.: »Conversation, language, and possibilities«, New York: Basic Books 1997
- Anderson, H. / Goolishian, H.: »The client is the expert: a not-knowing approach to therapy«, in:

- S. MacNamee / K. Gergen (Hg.): »Therapy as social construction«, London: Sage Publications 1992, S. 54 – 68
- Bakhtin, M.: »Problems of Dostojevskij's poetics«, Manchester: Manchester University Press 1984
- Berger, P. / Luckmann, T.: »The Social construction of reality«, New York: Doubleday / Anchor 1966
- Gergen, K.: »Realities and relationship: Soundings in social construction«, Cambridge: Harvard University Press 1994
- Gergen, K.: »An invitation to social construction«, London: Sage Publications 1999
- Haarakangas, K.: »Hoitokokouksen äänet« [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, English Summary], in: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, Bd. 130 (1997), S. 119 – 126
- Holma, J. / Aaltonen, J.: »The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis«, in: Contemporary Family Therapy, Bd. 19 (1997), S. 463 – 477
- Keränen, J.: »The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system«, englische Zusammenfassung, in: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, Bd. 93 (1992), S. 124 – 129
- Salokangas, R. / Rääkköläinen, V. / Stengård, E.: »Uusien skitsofreniapotilaiden hoito ja ennuste, V: Viiden vuoden seuranta« [Treatment and prognosis of new schizophrenia patients, V: 5-years follow-up, English Summary], Reports of Psychiatria Fennica, Bd. 96 (1991)
- Seikkula, J.: »Family-hospital boundary system in the social network«, englische Zusammenfassung, in: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, Bd. 80 (1991), S. 227 – 232
- Seikkula, J.: »When the boundary opens: Family and hospital in co-evolution«, in: Journal of Family Therapy, Bd. 16 (1994), S. 401 – 414
- Seikkula, J. / Alakare, B. / Aaltonen, J. / Holma, J. / Rasinkangas, A. / Lehtinen, V.: »Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia«, in: Ethical Human Sciences and Services, Bd. 5 (2003), Nr. 3, S. 163 – 182
- Seikkula, J. / Aaltonen, J. / Alakare, B. / Haarakangas, K. / Keränen, J. / Lehtinen, K.: »Five-year experiences of first-episode non-affective psychosis in open dialogue-approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies«, in: Psychotherapy Research, Bd. 16 (2006), Nr. 2, S. 214 – 228
- Seikkula, J. / Arnkil, T. E.: »Dialogical meetings in social networks«, London: Karnac Books 2006
- Shotter, J.: »Conversational realities: Constructing life through language«, London: Sage Publications 1993[a]
- Shotter, J.: »Cultural politics of everyday life: Social constructionism, rhetoric, and knowing of the third kind«, Toronto: University of Toronto Press / Milton Keynes: Open University Press 1993[b]
- Svedberg, B. / Mesterton, A. / Cullberg, J.: »First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A 5-year follow-up«, in: Social Psychiatry, Bd. 36 (2001), S. 332 – 337
- Voloshinov, V.: »Marxism and the philosophy of language«, Cambridge: Harvard University Press 1996