

Jaakko Seikkula • Birgitta Alakare • Übersetzung des englischen Originalmanuskripts: Bettina Wilms

Bedürfnisorientierter Ansatz und Offener Dialog

Von der Mobilisation familiärer Entwicklungsprozesse in der Therapie psychotischer Störungen



Sofortige Hilfe, Einbezug des sozialen Umfeldes und Flexibilität sind einige der basalen Leitprinzipien des „Offenen Dialogs“, einem in Finnland entwickelten Behandlungskonzept bei psychischen Krisen. Untersuchungen zu seiner Effektivität bei Patienten mit psychotischen Ersterkrankungen zeigen höchst ermutigende Ergebnisse. Der Beitrag arbeitet die basalen Elemente des Offenen Dialogs für Patienten und ihre Familien heraus und gibt damit ein detailliertes Beispiel für den Bedürfnisorientierten Ansatz, der auch in anderen Kontexten zur Anwendung kommen kann.

Grundprinzip des Offenen Dialogs In ernststen psychischen Krisen sollte es psychiatrische Alltagspraxis sein, innerhalb von 24 Stunden ein erstes Therapiegespräch zu organisieren. Sowohl der betroffene Patient bzw. die betroffene Patientin als auch Familienmitglieder sollten dazu eingeladen werden, außerdem auch alle relevanten professionellen Helfer und andere Personen, die mit der Familie Kontakt haben. Ziel ist es, offen Gedanken und Meinungen über die Krise auszutauschen und darüber, was zu

tun ist – so lange, wie dies im Behandlungsprozess notwendig erscheint. Dieser Austausch und die Behandlungsentscheidungen sollten in Anwesenheit des Patienten und seiner Familienmitglieder erfolgen. Dies sind die basalen Leitprinzipien des Offenen Dialogs.

Aspekte des Bedürfnisorientierten Ansatzes Erste Entwicklungen zu diesem Konzept begannen in den frühen 1980er-Jahren und sind – ab Mitte der 1990er-Jahre

bezeichnet als Offener Dialog – ein Beispiel des Bedürfnisorientierten Ansatzes, der in Finnland entwickelt wurde und inzwischen auch in einer Reihe anderer Länder angewandt wird. Der Bedürfnisorientierte Ansatz fokussiert auf folgende Gesichtspunkte (Alanen et al. 1991, Alanen 2009):

1. schnelle Frühintervention in allen Fällen
2. Behandlungsplanung mit dem Ziel, die Veränderungsbedürfnisse und spezifischen Erfordernisse jedes Patienten und seiner Familie einzubeziehen, indem verschiedene Behandlungsmethoden in den einzelnen Therapieprozess integriert werden
3. eine therapeutische Grundhaltung als Basisorientierung für die Mitarbeiter in Untersuchung und Behandlung
4. Betrachtung von Behandlung als kontinuierlichen Prozess
5. kontinuierliche Überwachung des Behandlungsfortschritts und -ergebnisses

In der Ära der evidenzbasierten Medizin mag dies sehr radikal klingen, weil es den

Grundsatz infrage stellt, dass Behandler zunächst eine genaue Diagnose erstellen und dann die richtige Behandlungsmethode auswählen sollten. Im Gegensatz dazu verfolgt der Bedürfnisangepasste Ansatz die Idee, dass sich die „richtige“ Diagnose in den gemeinsamen Treffen herauskristallisiert.

Die Anwendung des Dialogs mit dem Ziel, umfassend zu verstehen, was passiert ist, kann im Kern ein zutiefst therapeutischer Prozess sein.

Die 2 Perspektiven des Offenen Dialogs

Die Bezeichnung „Offener Dialog“ wurde erstmals 1996 verwendet, um die gesamte Behandlung im familiären und sozialen Kontext zu beschreiben. Dabei gibt es 2 Aspekte:

1. die Treffen, an denen alle relevanten Personen im Kontext des Patienten teilnehmen, um mithilfe des Dialogs ein neues Verständnis zu generieren, und
2. die Leitprinzipien für das gesamte psychiatrische Versorgungssystem in einer geografisch definierten Zuständigkeitsregion.

Offene Dialoge in der Organisation psychiatrischer Alltagspraxis

Hauptprinzipien Zur Effektivität und zum Therapieprozess im Ansatz des Offenen Dialogs wurde eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt (Aaltonen et al. 2011, Haarakangas 1997, Keränen 1992, Seikkula 1991, 1994, Seikkula et al. 2003, 2006, 2011). In der Zusammenfassung dieser Arbeiten konnten 7 Hauptprinzipien herausgefiltert werden:

1. sofortige Hilfe
2. die Perspektive sozialer Netzwerke
3. Flexibilität und Mobilität
4. Verantwortung
5. psychologische Kontinuität
6. Toleranz von Unsicherheit
7. Dialog

Übertragbarkeit des Ansatzes Obwohl sich die Mehrzahl dieser Studien mit der Behandlung psychotischer Störungen beschäftigte, sind die Prinzipien des Ansatzes nicht als diagnosespezifisch anzusehen, sondern beschreiben eine umfassende Behandlung im bestehenden sozialen Netz, bezogen auf die Besonderheiten von Krisensituationen.

Sofortige Hilfe

Reaktion binnen 24 Stunden In einer Krise ist es extrem wichtig, sofort zu agieren, und mit einem ersten Familientreffen nicht zu warten, bis der Patient mit der Psychose kohärenter im Denken wird. Eine erste Reaktion muss innerhalb von 24 Stunden erfolgen. Das Treffen wird unabhängig von der Frage, wer den ersten Kontakt aufgenommen hat, organisiert. Ebenfalls organisiert werden sollte ein 24-Stunden-Krisendienst. So soll u. a. so oft wie möglich eine stationäre Aufnahme verhindert werden.

Ansprache unausgesprochener Erfahrungen Auch der Patient in der akuten psychotischen Phase nimmt an den ersten Treffen teil. Oft geht es aus seiner Sicht um mangelnde Anerkennung und Würdigung durch den Rest der Familie. Auch wenn die Kommentare des Patienten in den ersten Treffen unverständlich sein mögen, zeigt sich nach einiger Zeit, dass der Patient über reale Vorfälle in seinem Leben spricht. Oft beinhalten diese Vorfälle derart ängstigende Aspekte, dass sie vor der Krise nicht artikuliert werden konnten. Dies betrifft auch andere Formen herausfordernden Verhaltens. Somit versucht der Patient, die Hauptperson in der Krise, etwas zu berühren, das bisher in seiner Umwelt nicht betrachtet wurde. Das Ziel der Behandlung ist die offene Ansprache dieser bisher unausgesprochenen Erfahrungen in einer Sprache, die von allen Teilnehmern geteilt werden kann.

Die akute Krise nutzen Während der ersten Tage einer Krise scheint es möglich zu sein, über Dinge zu sprechen, deren Thematisierung später schwer fällt. Halluzinationen können zu Beginn einer Krise oft gut

genutzt und reflektiert werden; sie lassen aber häufig rasch nach, und die Chance, mit ihnen umzugehen, ergibt sich dann oft erst nach Monaten einer Einzelbehandlung wieder. Das Fenster zu diesen extremen Erfahrungen scheint nur in den ersten Tagen offen zu stehen. Schafft es das Team, mit einer schnellen Reaktion eine ausreichend sichere Atmosphäre herzustellen, und hört es sich all die Themen, die der Patient äußert, sorgfältig an, können wichtige Themen einen Raum finden und handhabbar werden – und die Prognose wird dadurch verbessert.

Einbezug des sozialen Umfeldes

Wer gehört dazu? Der Patient, wichtige Mitglieder seiner Familie und andere Personen aus dem sozialen Umfeld sind immer zu den ersten Treffen eingeladen. Das soziale Umfeld, das z. B. das Arbeitsamt, Versicherungsmitarbeiter, berufliche Rehaeinrichtungen, Kollegen und Vorarbeiter am Arbeitsplatz, Nachbarn oder Freunde einschließen kann, kann hilfreich sein, das „Problem“ zu definieren und Unterstützung für die Familie und den Patienten mobilisieren. Ein „Problem“ ist in diesem Sinne das, was in der Sprache des Patienten oder durch ihm sehr nahestehende Personen als solches definiert wird.

Wie wird eingeladen? Aus der Netzwerkperspektive sollten alle diese Personen in den Therapieprozess einbezogen werden. Dies kann z. B. dadurch geschehen, dass die Person, die den ersten Kontakt in der Krise herstellt, gefragt wird: „Wer ist besorgt über die Situation oder wurde einbezogen?“, „Wer kann hilfreich sein und ist in der Lage, am ersten Treffen teilzunehmen?“ und „Wer sollte diese Personen am besten einladen: Sie oder das Behandlungsteam?“ Auf diese Weise kann die Teilnahme der Menschen, die dem Patienten am nächsten sind, als Teil einer Alltagskommunikation angesehen werden, die mögliche Vorurteile bezüglich der Einladung vermindert. Außerdem können diejenigen, die den Kontakt aufgenommen haben, entscheiden, wer aus ihrer Sicht nicht an dem Treffen teilnehmen sollte. Die

Ankündigung eines Treffens in offiziellem Ton, z. B. über die Frage: „Dürfen wir Ihre Familie kontaktieren und sie zu einem Treffen einzuladen?“, kann zu Motivationsproblemen auf beiden Seiten führen, beim Patienten und bei seinem sozialen Umfeld.

Teilnahme professioneller Helfer Ein weiterer Faktor bei der Entscheidung, welche Teilnehmer relevant sind, ist die Frage, ob der Patient mit anderen professionellen Helfern in Kontakt war, entweder in der aktuellen Situation oder zuvor. Ist dies der Fall, und diese Helfer können nicht zum ersten Treffen erscheinen, kann zu einem späteren Zeitpunkt ein weiteres Treffen mit ihnen organisiert werden.

Indirektes Einbeziehen von Personen Das soziale Umfeld des Patienten kann auf verschiedene Art und Weise einbezogen werden. Die Patienten werden gebeten, Personen einzuladen, die die Situation kennen und möglicherweise hilfreich sein könnten. Kann jemand nicht kommen, so können andere Teilnehmer beauftragt werden, diese Personen nach dem Treffen zu kontaktieren und Kommentare weiterzuleiten. Die beim ersten Treffen anwesenden Personen können z. B. gefragt werden: „Was hätte Onkel Marc gesagt, wenn er hier wäre?“, „Was würden Sie ihm antworten?“ etc. So können Dialoge mit den inneren Stimmen wichtiger Bezugspersonen einbezogen werden, auch wenn diese selbst nicht dabei sein können.

Flexibilität und Mobilität

Häufigkeit der Treffen Flexibilität wird erreicht, wenn die Behandlung an die spezifischen und sich verändernden Bedürfnisse des Patienten angepasst wird, auch an die Sprache seiner Familie und ihren Lebensstil.

Anstatt einem Manual zu folgen, das keine Variation zulässt, sollten Ansatz und Dauer der Behandlung auf das aktuelle Problem abgestimmt sein.

Während der ersten 10–12 Tage einer Krise sind die Bedürfnisse ganz andere als 3 Wochen später. So ist es z. B. während der akuten Phase ratsam, sich jeden Tag zu treffen, was später nicht mehr nötig sein wird. Dann wissen Familien i. d. R. auch, wie oft ein Treffen stattfinden sollte.

Ort der Treffen Der beste Ort für die Treffen ist wohl das Zuhause des Patienten, aber auch eine Akutstation oder eine Tagesklinik sind möglich, wenn die Familie dies als günstiger ansieht. Häusliche Treffen scheinen unnötige Krankenhausaufenthalte verhindern zu können, weil die familiären Ressourcen zuhause leichter erreichbar sind (Keränen 1992, Seikkula 1991).

Auch wenn Familien eine Teilnahme verweigern können (Friis et al. 2003), ist der bedürfnisangepasste Ansatz, mit der Betonung der Einzigartigkeit jedes Behandlungsprozesses, erfolgreich darin, die Familie einzubeziehen. Er passt in das skandinavische Gesundheitssystem, in dem eine Psychiatrische Abteilung die gesamte Verantwortung für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in dieser Region innehat. Die Behandlung wird vom Staat finanziert und ist für die Patienten kostenlos.

Verantwortung

Wer kontaktiert wird, ist verantwortlich Es ist schwierig, einen Krisendienst in einer Region zu organisieren, wenn sich die einbezogenen professionellen Helfer nicht einig sind, dass innerhalb von 24 Stunden reagiert werden muss. Eine gute Faustregel ist daher das Prinzip, dass immer derjenige, der kontaktiert wurde, die Verantwortung für die Organisation des ersten Treffens übernimmt und das Team einlädt. So kann auf eine Anfrage hin die Verantwortung nicht weitergereicht werden mit der Aussage: „Dies ist nicht unsere Aufgabe, bitte nehmen Sie mit einer anderen Klinik Kontakt auf“.

- ▶ Es ist wichtig, dem Familienmitglied, das Kontakt aufgenommen hat, zu versichern, dass es am richtigen Ort ist und dass ein Treffen organisiert wird. Eine

Reaktion könnte beispielsweise sein: „Es klingt danach, als habe Ihr Sohn auch mit Alkoholmissbrauch zu tun. Würden Sie mir erlauben, einen Mitarbeiter einer Suchtklinik einzuladen, zum Treffen morgen dazuzukommen?“

Multidisziplinäres Team, bestmögliche Entscheidungen In Situationen mit multiplen Problemlagen besteht das Team idealerweise aus Mitgliedern verschiedener Bereiche, z. B. aus Sozialarbeit, psychiatrischer Tagesklinik und Akutstation. Das Team des ersten Treffens sollte alle nötige Verantwortung übernehmen, um das aktuelle Problem zu analysieren und die Behandlung zu planen. Die Teammitglieder sollten also alle notwendigen Informationen sammeln, um die bestmöglichen Entscheidungen zu treffen. Kann der Arzt nicht zum Treffen kommen, sollte er am Telefon konsultiert werden. Gibt es Meinungsverschiedenheiten bezüglich bestimmter Entscheidungen, sollte ein weiteres Gespräch geführt werden, um die verschiedenen Möglichkeiten im Beisein der Familie zu besprechen. So kann die Familie vollständiger in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.

Psychologische Kontinuität

Grenzen zwischen Therapieangeboten überwinden Das Team übernimmt die Verantwortung für die Behandlung, solange dies notwendig ist – sowohl in der stationären als auch in der außerstationären Behandlung. Dies ist der beste Weg, die psychologische Behandlungskontinuität zu garantieren.

Durch die frühe Bildung eines multidisziplinären Teams können die Grenzen verschiedener Therapieangebote überwunden werden, und es wird verhindert, dass Menschen durch das Netz der Hilfen fallen.

Patienten nicht weiterreichen Beim ersten Treffen ist es unmöglich vorherzusehen, wie lange die Behandlung dauern wird.

Manchmal sind ein oder 2 Treffen ausreichend, in anderen Fällen ist eine intensive Behandlung von bis zu 2 Jahren notwendig.

- Probleme können auftreten, wenn das Kriseninterventionsteam 3- bis 5-mal tagt und den Patienten dann an andere Helfer weiterverweist. Hier besteht die Gefahr, dass bereits in den ersten Treffen zu sehr auf das fokussiert wird, was getan werden soll, und dabei nicht ausreichend aufmerksam auf den Prozess an sich geachtet wird.

Verschiedene Therapien integrieren

Ein wesentlicher Teil der psychologischen Kontinuität ist die Integration verschiedener Therapiemethoden in einen Behandlungsprozess, in dem sich die unterschiedlichen Methoden ergänzen. Ist z. B. eine psychologische Einzeltherapie notwendig, so kann die Behandlungskontinuität leicht gesichert werden, indem ein Teammitglied diesen Part übernimmt. Der Psychotherapeut kann auch zu Treffen eingeladen werden, in denen Ideen als Basis für eine Einzeltherapie entwickelt werden.

- Probleme können auftreten, wenn der Einzeltherapeut nicht an einem Treffen teilnehmen möchte. Dies kann Verdachtsmomente der Familie gegen eine Behandlung intensivieren, manchmal auch den gesamten Behandlungsprozess beeinflussen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen ist dieser Aspekt zu beachten.

Toleranz von Unsicherheit

Die vorrangige Aufgabe für professionelle Helfer in einer Krise ist es, das Gefühl von Sicherheit in einer Situation zu erhöhen, in der niemand die Gründe des Problems kennt oder Lösungen dafür weiß.

Sicherheit durch häufige Treffen Im Dialog andere Geschichten zu entwickeln, zielt darauf ab, alle psychologischen Ressourcen des Patienten und seiner Familienmitglieder zu mobilisieren. Dies wird durch

den Aufbau von Vertrauen im Kontaktaufnahmeprozess unterstützt. So kann in psychotischen Krisen ein angemessenes Gefühl von Sicherheit z. B. dadurch entstehen, dass die Treffen jeden Tag stattfinden, zumindest für die Dauer von 10–12 Tagen. Danach können Treffen regelmäßig nach den Wünschen der Familie organisiert werden.

- I. d. R. wird in der Krisenphase kein detaillierter therapeutischer Kontrakt vereinbart. Stattdessen wird in jedem Treffen besprochen, ob und wann das nächste Treffen erfolgt. So können vorzeitige Schlussfolgerungen und Behandlungsentscheidungen vermieden werden.

Verzicht auf Neuroleptika Neuroleptika werden in den ersten Wochen nicht verabreicht. So bleibt mehr Zeit, um das Problem und seine Dimensionen zu verstehen. Außerdem entsteht ein Zeitfenster für Spontanremissionen, in einigen Fällen löst sich das Problem von selbst.

Eine Empfehlung für Neuroleptika sollte in wenigstens 3 Treffen vorbesprochen werden, um zu klären, ob die Anwesenden eine Medikation für notwendig halten. Dieser Ansatz steht im Kontrast zu störungsorientierten Ansätzen, die während der ersten Behandlungsphase darauf abzielen, die Symptome mithilfe von Medikamenten zu beseitigen. Eine Psychopharmakotherapie kann zwar helfen, aber die möglicherweise resultierende Sedierung behindert die psychologische Arbeit.

Die Herausforderung ist es, einen Prozess entstehen zu lassen, der das Sicherheitsgefühl erhöht und zu persönlicher Arbeit ermutigt. In unserer Studie (s. u.) nutzen nur 33% der akut psychotischen Patienten in einer Beobachtungsphase von 5 Jahren Neuroleptika.

Alle Perspektiven berücksichtigen Jenseits des Anliegens, die Familie nicht mit ihren Problemen allein zu lassen, bedeutet die Erhöhung von Sicherheit auch, eine therapeutischen Kommunikation zu entwickeln,

in der jeder gehört werden kann. Die Arbeit im Team ist eine Voraussetzung, Sicherheit in einer mit Emotionen geladenen Krise herzustellen. Ein Teammitglied hört etwa besonders sorgfältig auf das, was der Patient sagt, wenn er z. B. darauf beharrt, dass er keine Probleme habe, dass aber seine Eltern Behandlung benötigten. Ein anderes Teammitglied betrachtet z. B. die Belastung der Familie durch Schuldgefühle, den Drogenmissbrauch nicht stoppen zu können.

Vom ersten Treffen an ist es wichtig, unterschiedliche oder auch gegensätzliche Perspektiven im Team zu reflektieren. Wenn die Teammitglieder sich gegenseitig zuhören, steigt die Möglichkeit für die Familie, sich selbst auch zuzuhören.

Keine vorschnellen Empfehlungen

Helfer, die in Eile sind, und Empfehlungen für schnelle Lösungen wirken sich nachteilig auf die psychologischen Ressourcen der Familie aus. Wenn die Zeit knapp ist, ist es besser zu betonen, dass wichtige Aspekte zwar angesprochen wurden, aber keine Schlüsse gezogen werden konnten, und die Situation dann offen zu lassen, z. B. so: „Wir haben dies jetzt eine Stunde lang diskutiert, konnten aber keine Schlüsse daraus ziehen. Dennoch haben wir wichtige Dinge besprochen. Warum lassen wir dies nicht offen und setzen das Gespräch darüber morgen fort?“ Vor dem nächsten Treffen sollten dann konkrete Schritte vereinbart werden, um sicher zu stellen, dass die Familienmitglieder wissen, was sie tun können, wenn sie Hilfe brauchen.

Dialog

In den Treffen liegt der Fokus primär auf der Entwicklung eines Dialogs und erst sekundär auf der Entwicklung von Veränderung beim Patienten oder in der Familie. Der Dialog ist als ein Forum zu sehen, das die Familien und den Patienten in die Lage versetzt, sich in ihren Lebensentwürfen wieder selbst zu vertreten (Haarakangas 1997).

Im Dialog wird ein neues Verständnis generiert (Andersen 1995, Bakhtin 1984, Voloshinov 1996). Für die professionellen Helfer bedeutet dies, eine neue Form des Expertiseins zu entdecken: Sie sind nicht länger Experten, die mit besonderen Fragen oder besonderen Interpretationen Veränderungen im Patienten oder im Familiensystem hervorrufen können. Stattdessen sind sie Helfer, die die Fähigkeiten erworben haben, Dialoge zu befördern.

Expertenwissen kann hilfreich sein, wenn eine Psychose oder eine Essstörung als die vorrangigen Probleme angesehen werden. Aber auch dann besteht die Expertise nicht im Geben von Ratschlägen oder „Psychoedukation“, sondern vielmehr in der Teilnahme am Dialog.

Offene Dialoge in den Therapietreffen

Funktionen der Treffen Das Forum für Dialoge sind die Therapietreffen, in denen die Hauptbeteiligten den Patienten in der problematischen Situation treffen und alle relevanten Themen besprechen. Alle Pläne und Entscheidungen werden mit allen Anwesenden vereinbart. Nach Alanen (1997) hat das Therapietreffen 3 Funktionen:

1. Informationen über das Problem zu gewinnen,
2. einen Behandlungsplan aufzubauen und die notwendigen Entscheidungen auf der Basis des Problems zu treffen, das im Gespräch beschrieben wurde,
3. und einen psychotherapeutischen Dialog zu entwickeln.

Fokus auf Zuhören und Antworten

Insgesamt liegt der Fokus auf der Stärkung der erwachsenen Seite des Patienten und auf der Normalisierung der Situation, nicht auf regressiven Verhaltensweisen (Alanen et. al. 1991). Dies beginnt mit der Sprache, die die Familie benutzt, um das Problem des Patienten zu beschreiben. Probleme werden

als soziale Konstrukte gesehen und in jedem Gespräch umformuliert (Bakhtin 1984, Gergen 1994, 1999, Shotter 1993a, 1993b). Während sich viele Familientherapieschulen darauf konzentrieren, spezifische Formen des Interviews zu entwickeln, konzentriert sich der Ansatz des Offenen Dialogs auf das Zuhören und Antworten.

Rahmenbedingungen Während der Treffen sitzen die Teilnehmer in einem Stuhlkreis. Die Teammitglieder, die die Initiative zur Einberufung des Treffens übernommen haben, leiten den Dialog. Manchmal besteht keine Vorplanung, wer die Befragung beginnt. In anderen Fällen entscheidet das Team vorab, wer das Interview leiten wird.

Weiterfragen als Antwort Die ersten Fragen sind so offen wie möglich, damit alle Teilnehmer anfangen können, über die Aspekte zu sprechen, die zu diesem Zeitpunkt am relevantesten sind. Von Anfang an ist die Aufgabe der Interviewer, ihre Antworten an das anzupassen, was der Patient sagt. Meistens sind diese Antworten weitere Fragen, die auf dem aufbauen, was der Patient und Familienmitglieder bereits gesagt haben.

Treffen ohne den Patienten Wenn der Patient am Treffen nicht teilnehmen möchte oder plötzlich aus dem Raum läuft, wird mit den Familienmitgliedern diskutiert, ob das Treffen fortgesetzt werden sollte oder nicht. Möchte die Familie fortfahren, informiert ein Teammitglied den Patienten, dass er zurückkommen kann, wenn er dies möchte. Entscheidungen, die den Patienten betreffen, werden dann nicht getroffen.

Kommentieren als Reflektierendes Team Jeder, der da ist, hat das Recht, Kommentare abzugeben, ist aber gebeten, einen laufenden Dialog nicht zu unterbrechen. Jeder neue Sprecher sollte seine Äußerungen an das anpassen, was zuvor gesagt wurde. Für die professionellen Helfer meint dies, dass sie entweder kommentieren können, indem sie weitere Fragen zu den Themen stellen, die gerade besprochen werden,

oder indem sie mit anderen professionellen Helfern das Gesagte im Sinne des Reflektierenden Teams kommentieren (Andersen 1995).

Das Ende eines Treffens Nach der Feststellung, dass wichtige Aspekte im Treffen angesprochen wurden, kann ein Teammitglied vorschlagen, das Treffen zu beenden. Es ist wichtig, dies zu tun, indem auf die Worte des Patienten Bezug genommen wird, z. B. so: „Ich frage mich, ob wir jetzt das Treffen beenden können. Bevor wir das tun: Gibt es irgendetwas, das wir noch diskutieren sollten?“ Am Ende des Treffens ist es hilfreich, die besprochenen Themen kurz zusammenzufassen, insbesondere ob und welche Entscheidungen getroffen wurden. Die Länge der Treffen kann variieren, aber 90 Minuten sind meist angemessen.

Die Effektivität des „Offenen Dialogs“

In Westlapland wurde die Effektivität des Offenen Dialoges in Follow-up-Studien für Patienten mit psychotischen Ersterkrankungen untersucht. Im Vergleich zur konventionellen Behandlung in der Vergleichsgruppe sind die Ergebnisse ermutigend (Seikkula & Arnkil 2006):

- ▶ Patienten mit Schizophrenien wurden signifikant seltener hospitalisiert als üblich: Im Durchschnitt 14 Tage pro Person versus 117 Tage in der Vergleichsgruppe.
- ▶ Nur 33% erhielten Neuroleptika in einer Behandlungsphase versus 100% in der Vergleichsgruppe.
- ▶ Die Familien waren in allen Fällen aktiv eingebunden, im Mittel in 26 Treffen über 2 Jahre hinweg.
- ▶ Patienten, die an einer Schizophrenie litten, schienen besser zu genesen: 71% der Vergleichsgruppe hatten mindestens einen Rückfall, dagegen nur 24% der Gruppe im Offenen Dialog.
- ▶ Nur 17% der Patienten im Offenen Dialog hatten gelegentlich leichte Symptome gegenüber 50% in der Vergleichsgruppe.

- ▶ 81 % waren an den Arbeitsplatz zurückgekehrt, gegenüber 43 % in der Kontrollgruppe.

Die Resultate der Patienten im Offenen Dialog blieben im 5-Jahres-Follow-up positiv (Seikkula et al. 2006):

- ▶ Nur 29% der Patienten im Offenen Dialog hatten in diesem Zeitraum einen oder mehrere Rückfälle.
- ▶ Zum Zeitpunkt des Follow-up-Interviews hatten 82% keine residualen psychotischen Symptome.
- ▶ Der Status von Arbeitstätigkeit war besser als in jeder Outcome-Studie: 86% der Patienten im Offenen Dialog waren ins Studium oder an den Arbeitsplatz zurückgekehrt oder aktiv in der Jobsuche.

Diese so günstigen Outcomes für psychotische Ersterkrankungen wurden auch angezweifelt (Friis et al. 2003). In weiteren Forschungsarbeiten wurden daher Patienten mit psychotischen Ersterkrankungen einbezogen, die in den Jahren 2003–2005 behandelt worden waren (Seikkula et al. 2011).

- ▶ Dabei wurden ähnliche Outcomes gefunden: 84% der Patienten kehrten in volle Arbeitstätigkeit oder Studium zurück.
- ▶ In der Gruppe der psychotischen Patienten gab es eine Veränderung: Das mittlere Alter war von 26 Jahre in den 1990er-Jahren auf 20 Jahre gefallen. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Dauer der unbehandelten Psychose nun nur ca. 3 Wochen betrug, verglichen mit 3,5 Monaten in den 1990er-Jahren.
- ▶ Die Inzidenz der schizophrenen Patienten war auf 3 neue Patienten pro 100 000 Einwohner gesunken. Dies ist dramatisch, da in der Mitte der 1980er-Jahre die Inzidenz 33 neue Patienten pro 100 000 Einwohner betrug (Aaltonen et al. 2011).

Fazit

Die Studienergebnisse zeigen beeindruckende Veränderungen in der Prognose für schwere psychische Störungen. Dies deutet darauf hin, dass sich unsere Sichtweise auf psychiatrische Krisen ändern sollte: Wir sind es gewöhnt, Psychosen als Zeichen einer Schizophrenie zu sehen und eine Schizophrenie als relativ stabilen Zustand zu betrachten, der die gesamte Lebensführung der Betroffenen beeinträchtigt. In den wenigen Langzeit-Follow-up-Studien der psychotischen Ersterkrankungen, die konventionell behandelt wurden, leben nach 5 Jahren mehr als die Hälfte, oft bis zu 60 % von einer Erwerbsminderungsrente (Lenior et al. 2001, Svedberg et al. 2001). Die positiven Outcomes im Rahmen des Offenen Dialogs weisen jedoch darauf hin, dass Psychosen nicht als Zeichen einer chronischen Erkrankung gesehen werden müssen, sondern als ein Weg des Umgangs mit einer Krise. Wenn diese Krise gelöst ist, sind die meisten Menschen offenbar in der Lage, zu einem aktiven Leben zurückzukehren. Und wenn de facto so wenige Patienten Neuroleptika benötigen, sollte sich möglicherweise unser Verständnis der zugrundeliegenden Probleme ändern.

Müssten wir auch die Organisation psychiatrischer Dienste überdenken? Statt primär auf die Kontrolle und schnellstmögliche Beseitigung von Symptomen zu fokussieren, sollten wir Treffen mit relevanten Personen aus persönlichen, sozialen und professionellen Netzwerken organisieren. In diesen Treffen sollten wir Dialoge entstehen lassen, in denen wir uns darauf konzentrieren, was gesagt wird, anstatt Interventionen zur Veränderung des Patienten oder der Familie zu planen. Dies würde bedeuten, dass auch die Ausbildung professioneller Helfer verändert werden sollte: Nicht nur ein Verständnis medizinischer Interventionen sollte gelehrt werden, sondern auch eine aktive Reflexion über die Philosophie menschlicher Erfahrung. Dies würde befördern, Dialoge zu generieren und Menschen zuzuhören anstatt den therapeutischen Prozess zu dominieren.

Literatur

Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. *The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. Psychosis 2011; 3: 179–191*

Aaltonen Y. *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment. London: Karnac Books; 1997*

Aaltonen Y. *Toward a more humanistic psychiatry. Development of need adapted approach of treatment of schizophrenia group psychosis. Psychosis 2009; 1: 156–166*

Aaltonen Y, Lehtinen K, Rääkköläinen V, Aaltonen J. *Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. Acta Psychiatr Scand 1991; 83: 363–372*

Andersen T. *Reflecting processes. Acts of informing and forming. In: Friedman S, ed. The Reflective Team in Action. New York: Guilford; 1995: 11–37*

Bakhtin M. *Problems of Dostojewskij's Poetics: Theory and History of Literature. Vol. 8. Manchester: Manchester University Press; 1984*

Friis S, Larsen TK, Melle I. *Terapi ved psykoses. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 1393*

Gergen K. *Realities and Relationships. Soundings in Social Construction. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1994*

Gergen K. *An Invitation to Social Construction. London: Sage; 1999*

Das vollständige Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag finden Sie im Internet unter www.thieme-connect.de/products. Klicken Sie einfach beim jeweiligen Beitrag auf „Zusatzmaterial“.



Jaakko Seikkula, Ph.D.

Department of Psychology
University of Jyväskylä
Box 35
FIN- 40014 Jyväskylä,
Finland
jaakko.seikkula@psyka.jyu.fi

Professor für Psychotherapie an der Universität von Jyväskylä, Finnland, Klinischer Psychologe, Familientherapeut.



Birgitta Alakare

seit 1982 Psychiaterin in Westlappland, Familientherapeutin und Ausbilderin in Familientherapie, hat den Ansatz des Offenen Dialogs von Beginn an mit entwickelt.

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-102233>