

„Open Dialogue“

- die Psychiatrie-Reform, die in Deutschland nicht ankommen darf?

Seit Anfang der achtziger Jahre wird im finnischen West-Lapland eine Psychiatrie praktiziert, die auch bei sogenannten schwersten Psychosen oftmals ohne Medikamente auskommt. Die wissenschaftliche Erforschung ihres Ansatzes ist von einer weltweit nicht übertroffenen Intensität und Gründlichkeit. Ihre nachgewiesene Effizienz ist - ebenfalls weltweit - konkurrenzlos.

Seit vierzig Jahren gibt es also möglicherweise einen Königsweg der Behandlung z.B. der Schizophrenien, der den Erkrankten das Martyrium der Nebenwirkungen von hochdosierten Psychopharmaka ersparen kann.

Habe ich da nicht mal gehört, dass das Internet mit seinem globalen Wissens-Transfer ein wahrer Segen für die ganze Menschheit sei?

Nun, in den USA ist in der Psychiatrie-Szene zumindest ein gewisses Interesse an diesem „Open Dialogue“, initiiert von **Jaakko Seikkula** PhD, Professor für Psychotherapie (Universität Jyväskylä), entstanden. Ein Produkt davon sind die Dokumentarfilme von Daniel Mackler, einem Psychoanalytiker, der aus Neugier an diesen neuen Wegen seines Metiers zum Filmemacher wurde: [Open Dialogue](#) und [Take These Broken Wings](#). Zwei sehenswerte und bedenkenswerte Arbeiten Macklers. Davon gibt's auf YouTube Fassungen mit Untertiteln. Immerhin.

Aber: Rezeption in Deutschland? In deutscher Sprache? Bis dato Fehlanzeige!

Gleichwohl: Ähnliche Ansätze, die sich vor allem die Praxis der Psychopharmako-Mafia e n d l i c h einmal etwas genauer anschauen, auch im Zusammenhang mit der Entwicklung der Diagnosekriterien für - dann gut pharmakotherapeutisch behandelbare - ‚Störungen‘ in der ‚wissenschaftlich fundierten‘ Tradition der Psychiatrie der westlichen Welt in der Zeit nach 1945, mehren sich.

Wikipedia Deutsch wusste am 15.03.2019 zumindest schon einmal:

***Offener Dialog** ist ein alternativer Behandlungsansatz in akuten psychotischen Krisen zur Behandlung von Psychosen. Die Therapeuten gehen bei diesem Ansatz davon aus, dass eine Psychose durch emotionalen bzw. psychischen Stress in besonderen Belastungssituationen hervorgerufen wird und unmittelbarer Beistand während oder kurz nach einer solchen Krise das Auftreten von psychotischen Symptomen verhindert bzw. stark abschwächt. Auf stationäre Behandlung soll weitestgehend verzichtet werden und neuroleptische Medikamente nur ausnahmsweise und in kleinen Dosen eingesetzt werden.*

Am 29.08.2014 hat **Jaakko Seikkula** in Roskilde (Dänemark) in einem Seminar einen Vortrag gehalten: [Die 7 Prinzipien des Offenen Dialogs](#), der diesen Ansatz in der Psychiatrie programmatisch vorstellt. Hier eine deutsche Übertragung seiner Ausführungen, erweitert um die Screenshots der dabei gezeigten Power-Point-Präsentation:

Prof. Jaakko Seikkula PhD :

Es gefällt mir sehr, wieder hier sein zu dürfen, und all das zu sehen, was Sie hier in Dänemark geschafft haben. Janna Castalla hat mich gefragt, ob ich nicht darüber sprechen könnte, ob die „sieben Prinzipien“ noch Gültigkeit haben im „Offenen Dialog“, also ist das mein Thema.

Vielleicht ist es aber auch eher wichtig, über dies hier nachzudenken: Was brauchen wir, um ein humanistisches System der psychiatrischen Versorgung zu schaffen? – Das interessiert mich noch mehr, und so hoffe ich, dass wir auch über dieses Thema nachher noch sprechen können.

Ich werde auch kurz rekapitulieren, welches die Sieben Prinzipien überhaupt sind, aber ich glaube nicht, dass man so ein neues Versorgungssystem etablieren kann, nur indem man sieben bis zehn Prinzipien befolgt. Das neue Versorgungssystem, in dem wir Menschen, die in ihrem Leben unsere Hilfe benötigen, mit einer humaneren Art der Interaktion begegnen, wird begründet sein müssen auf einer Reihe von kulturellen, regionalen und unmittelbar relevanten Aspekten.

Ich bin mir sehr bewusst, dass es sehr nützlich sein kann, einige Elemente aus den Erfahrungen, die wir da oben in Lappland in den letzten dreißig Jahren gesammelt haben, auch anzuwenden.

Trotzdem habe ich auf gar keinen Fall die Absicht, Ihnen hier ein Konzept zu verkaufen, das Sie übernehmen sollen.

Aber lassen Sie uns zuerst einmal darauf schauen, was der „Offene Dialog“ nicht ist.

What Open Dialogue is Not

- * Antipsychiatry
- * Passing wave of enthusiastic ideas without scientific basis
- * Method of treatment
- * Rules to be followed to have a good practice
- * Mainstream

Bjarne (*Moderator der Veranstaltung*) hat mir erzählt, dass dänische Zeitungen vor einiger Zeit geschrieben hätten, der „Offene Dialog“ sei eine Anti-Psychiatrie. NEIN, der „Offene Dialog“ ist keine Anti-Psychiatrie. Der Gedanke, innerhalb der psychiatrischen Versorgung zu arbeiten, ist bei uns sehr dominant.

Und der „Offene Dialog“ ist nicht eine „vorübergehende Welle“, so wie wir von einigen norwegischen Professoren kritisiert wurden, vergleichbar mit so manchen anderen vorübergehenden Erscheinungen in der Behandlung der Schizophrenie und Ähnlichem. Aber er ist keine vorübergehende Welle, die ausläuft nach einer kurzen Periode der Begeisterung.

Der „Offene Dialog“ ist nicht eine Behandlungsmethode, es ist kein Regelwerk, das man befolgen muss, um eine gute therapeutische Arbeit zu leisten.

Und schlussendlich ist der „Offene Dialog“ kein Mainstream-Phänomen innerhalb der Psychiatrie oder des psychiatrischen und psychotherapeutischen Gesundheitswesens.

Was also ist der „Offene Dialog“?

What Open Dialogue Is

- * A way to organize psychiatry (mental health)
- * Describes a system in Western Lapland, can be employed in varying contexts
- * Most scientifically researched psychiatric wholeness system in the world - 30 years in Finland
- * Humanistic way of meeting clients in deep crisis - trust their own resources by accepting Others unconditionally

Es ist eine Art und Weise, die psychiatrische Behandlung zu organisieren, - obwohl das Wort „psychiatrisch“ ein wenig vorbelastet ist, sodass ich lieber über „psychische Gesundheit“ sprechen würde als über Psychiatrie. Aber wenn wir das Wort ‚Psychiatrie‘ benutzen, dann wissen wir hier alle, was gemeint ist. Und für mich beschreibt „Offener Dialog“ das System, das wir in Westlappland in über 30 Jahren aufgebaut haben. Gleichwohl können die Erfahrungen, die wir gesammelt haben, auch andernorts Anwendung finden. Wenn also Menschen sich auf die „7 Prinzipien des Offenen Dialogs“ beziehen, dann meinen sie dieses System in West-Lappland, und die basieren auf einer umfassenden Erfassung und Analyse dessen, was da passiert. Es gibt kein Lehrbuch oder Handbuch, an das man sich halten müsste, um ein System der psychiatrischen Versorgung zu schaffen.

Der Offene Dialog ist vielleicht das weltweit wissenschaftlich am besten erforschte System psychiatrischer Versorgung überhaupt. Ich habe kein anderes System gefunden, das so systematisch über 30 Jahre erforscht worden wäre, wie wir das in West-Lappland gemacht haben. Es basiert in der Tat darauf, dass wir kontinuierlich und systematisch unsere eigene Praxis evaluieren. Unglücklicherweise bin ich zu dem Schluss gekommen, dass man nicht erfolgreich sein kann, wenn man das nicht macht. Und ich bin traurig darüber, dass meine Kolleginnen das nicht glauben. Ich wiederhole es immer wieder: Ihr müsst Forschung betreiben. Und sie sagen dann: Ja, ja Und machen ohne eigene Forschung weiter.

Es ist sehr einfach, wenn wir, innerhalb unserer Organisation, lernen, unsere Praxis zu evaluieren, und auf diesem Wege aus unseren eigenen Fehlern lernen. Dann können wir in einem lokalen Kontext so eine Behandlungskultur aufbauen. Dann sind wir nicht länger abhängig davon, was uns die sozialpsychologischen Dienste oder die sogenannte evidenz-basierte Medizin oder sonst wer zu tun vorschreibt.

Dieser etwas merkwürdige Anspruch gründet sich auf der Tatsache, dass der Großteil der psychiatrischen Forschung und der Psychotherapie auf isolierte therapeutische Methoden oder auf isolierte Medikationen fokussiert und die dann mit irgendeiner anderen Behandlungsform vergleicht. Das System in West-Lappland hingegen wendet viele verschiedene Beschreibungsmöglichkeiten für das gesamte System an, so, wie es im wirklichen Leben funktioniert. Für mich ist das die optimale Haltung in der Forschung: zuerst beschreiben, was da in der Welt passiert - und nicht eine Welt für die Forschung erst einmal erschaffen.

Natürlich ist der letzte Punkt hier der wichtigste: Der Offene Dialog ist eine humanistische Weise, den Klienten in äußerst schwierigen Lebenskrisen zu begegnen, die unbedingt ihren Ausgangspunkt nehmen muss mit dem Entdecken eines Glaubens an die eigenen Ressourcen, die die Menschen haben. Sie werden das in unserem letzten Buch finden: Der erste und wichtigste Ausgangspunkt in der dialogischen Praxis ist, andere Menschen bedingungslos zu akzeptieren. Ich weiß, dass das nicht einfach ist. Aber das Führen eines Dialogs benötigt die Ressourcen, die ein Individuum in ihren/seinen sozialen Bezügen bereits hat. Und das erreicht man, indem man überhaupt keine Bedingungen voraussetzt, - darüber, wie sie sich verhalten sollen, wie sie auf die Welt sehen, oder wie sie die Definitionen akzeptieren sollen, die wir für ihre Probleme haben.

7 Main Principles in Western Lapland - research analysis 1995 -

- * Immediate help
- * Social network perspective
- * Flexibility and mobility
- * Responsibility
- * Psychological continuity
- * Tolerance of insecurity
- * Dialogism

Um es kurz zu rekapitulieren: Wenn wir von den „7 Prinzipien“ sprechen, dann beziehen wir uns auf diese hier. Ursprünglich war das ein Ergebnis unserer Forschungen: In West-Lappland haben wir in den frühen achtziger Jahren angefangen, das zu entwickeln. Aber der größte, der revolutionäre Umschwung kam im Jahr 1984. Zuerst begannen wir in einer Klinik, und dann ergab sich die Notwendigkeit, das System der stationären Behandlung neu zu organisieren. Der Tagesablauf des Krankenhauses musste verändert werden, um diese Treffen möglich zu machen. Wie Karl das gesagt hat: Die Idee dahinter war, nicht über die Patienten zu sprechen, während sie nicht anwesend waren, und nicht irgendwelche Entscheidungen zu treffen, die auch die Familie betrafen, wenn die Familie nicht anwesend war. Wir begegneten vielen Problemen und Herausforderungen. Die Herausforderung bestand darin, ein System zu schaffen, das Platz für die Familien schuf. Dann wurde uns klar, dass wir ein System organisieren mussten, das Gelegenheiten vorhält, diesen Familien zu begegnen, bevor sie überhaupt die Klinik betreten. Dies führte zur Errichtung eines krisen-zentrierten Systems und hatte viele Folgen.

In der Mitte der neunziger Jahre analysierten wir 3000 Tagebücher von Patienten – mit der Hilfe von Professor Jutta Aaltonen – und wir verfolgten nach, was in ihren Behandlungen geschehen war. Bei den Folgerungen, als wir den Vergleich anstellten, ging es um dieses: die Patienten, die in unsere Behandlung gekommen waren in der Zeit, in der wir bereits krisen-zentriert arbeiteten, zu vergleichen mit denen aus der Zeit, als noch jeder mit einer Psychose sofort in die Klinik aufgenommen wurde. Und daraus ergaben sich diese 7 Prinzipien für eine optimale Hilfe in den schwierigsten Krisen.

Unmittelbare Hilfe. Das meint, dass wir sie unmittelbar treffen, innerhalb der ersten 24 Stunden, in denen sie sich in einer Krise befinden.

Der zweite Punkt für eine optimale Hilfe meint, dass wir immer – oder doch so oft als irgend möglich – die Familien einbeziehen und das, was die Patienten als ihr familiäres Umfeld empfinden: Nachbarn, Freunde, Arbeitskollegen, Klassenkameraden usw, wenn das erforderlich ist. Und das nicht nur für das erste Treffen oder für ein paar Sitzungen, sondern für den gesamten Prozess.

Das dritte Prinzip gründete auf der Tatsache, dass eine optimale Behandlung offensichtlich flexibel genug sein musste, alle die methodischen Schritte, über die wir gesprochen haben, zu integrieren. Aus diesem Grund sage ich, dass der „Offene Dialog“ keine Behandlungsmethode ist (kein anderes Verfahren ist in West-Lappland deshalb verworfen worden), weil wir die Behandlung auf diese Weise organisiert haben. Der Schlüssel ist die Integration, und das schließt die Integration der Ressourcen unserer Mitarbeiter mit ein. Wenn unser Team Therapeuten hat, die ausgebildet sind in kognitiver Verhaltenstherapie, dann ist es natürlich sehr klug, ein neues System nach ihren Vorstellungen zu gestalten. So dass wir umfassend von ihnen profitieren können. Manchmal werden Medikamente benötigt. Oft wird Ergotherapie gebraucht, etc. Kontinuierlich alle Methoden zu integrieren versuchen, die wir zur Verfügung haben. Und natürlich müssen wir mobil sein: zu den Menschen nach Hause gehen, wo die eigenen Ressourcen der Menschen am ehesten zur Verfügung stehen.

Die nächsten beiden Punkte sind sehr regional, so wie wir das in West-Lappland handhaben. Wie kann man ein System etablieren, das Verantwortlichkeiten festschreibt, angefangen mit dem ersten Kontakt und dann über den ganzen Verlauf der Treffen hinweg. Da fanden wir uns dann auf einmal in einem Prozess, in dem wir den Gedanken annehmen lernten, niemals „nein“ zu sagen, wenn eine Familie in einer Krise Kontakt zu uns aufnahm. „Nein, das ist nicht unser Problem, dafür sind wir nicht zuständig“, das war nicht länger gestattet. Anstatt dessen sagten wir: „Wenn ich Ihnen, Mama, so zuhören und Ihrer Beschreibung Ihres Sohnes, dann kommt mir der Gedanke, dass das vielleicht etwas damit zu tun hat, dass hier übermäßig getrunken wird. Wenn das für Sie ok ist, dann werden wir jemanden aus der Station für Alkoholiker-Behandlung morgen Vormittag bitten, einmal mit uns zu Ihnen zu kommen.“

So etwas garantiert eine psychologische Kontinuität, indem die unterschiedlichen Aspekte des Systems integriert werden. Ich glaube, wie wir das in West-Lappland handhaben, das ist sehr regional. Man kann das auf die unterschiedlichsten Weisen hinbekommen. Vielleicht ist eine der Bedingungen, dass wir in unserem System unbedingt ein Akut-Team benötigen, oder unser regionales Umfeld, um so zu ermöglichen, dass wir uns jederzeit zur Verfügung halten können.

Bei den letzten beiden Punkten geht es darum, ein System zu erschaffen, das das Sicherheitsniveau erhöht, so dass wir die vorherrschenden Unsicherheiten tolerieren können. Die erste und größte Unsicherheit für die Familie ist, dass sie nicht wissen, was geschehen wird. „Das was hier gerade in unserer Familie passiert, wird uns das umbringen?“ Aber auch die Unsicherheit für die professionellen Therapeuten, die so erpicht darauf sind, Entscheidungen zu treffen – vor unseren Patienten. Unsicherheit tolerieren: die optimale Behandlung scheint so einen Prozess zu gestatten, wo die Lösungen aus unseren Interaktionen erwachsen, anstatt dass wir versuchen, ein Behandlungsprogramm festzulegen. Das Wichtigste ist, dass wir uns an unsere Aufgabe erinnern, wenn wir die Menschen unsere Patienten nennen, ihre Familien, unsere Kollegen aus den sozialen Diensten und von der Polizei etc.: Wir sind hier um einen Dialog in Gang zu bringen um verstehen zu lernen, was geschehen ist. Nicht mehr und nicht weniger.

Anfänglich dachten wir, dass es unsere Aufgabe sei, den anderen zu beweisen, dass unser Ansatz der beste sei. Aber die dachten genau wie wir. Und das war nicht gut. Und es ist auch nicht unsere Aufgabe Lösungen zu finden oder Entscheidungen zu treffen. Einen Dialog in Gang bringen.

Ich zeige Ihnen jetzt ein Beispiel für unsere Forschung, das vielleicht das bekannteste dafür ist, wenn man nachverfolgt, was mit psychotischen Menschen geschieht, die zum allerersten Mal wegen psychotischer Probleme Hilfe brauchen. Und auch ein Beispiel dafür, was ich meine, wenn ich sage, dass die Forschung etwas sein muss, das dem Leben folgt. Man könnte das eine „naturalistische Versuchsanordnung“ nennen.

Wir waren eingebettet in die nationalen finnischen Forschungsprogramme. Damals war eine Frage in Finnland: Haben Neuroleptika einen Platz in der Behandlung von Psychosen? Aus diesem Grund trafen wir die Entscheidung, dass 3 Stationen keine antipsychotischen Medikamente sofort vom Beginn der Behandlung an einsetzen würden. Sie folgten den Prinzipien, um zu sehen, ob das helfen würde, und sie setzten Medikamente nur ein, wenn das nicht ausreichte. Das war in zwei zeitlich begrenzten Perioden in den Jahren 1992 – 1997. Aber der wichtigste Aspekt dabei war, dass wir den Gedanken verfolgten, dass diese Art Forschung Teil unserer stationären Arbeit werden sollte.

Psychotherapy Research

- * Two particular goals: increase home treatment and information about the role of neuroleptics - "Real World Study"
- * 1st time psychosis (Non-affective DSM-III-R) in Finnish Västerbotten, population 72,000
- * April 1, 1992 - December 31, 1993: the API period
- * January 1, 1994 - March 31, 1997: the ODAP period
- * 2 and 5 year follow-ups
- * Follow-up interviews as teaching platforms

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Harakangas, K. & Lehtinen, K. (2006) Five Years of Experience of First-Episode Non-affective Psychosis in Open Dialogue approach: Treatment Principles, Follow-up Outcomes and Two Case analyses

Jedes Folgegespräch, das wir führten, wurde irgendwie zu einer Lehr- und Lernveranstaltung: Wir luden immer die Patienten, die Familie und alle Behandler dazu ein. Und wir baten die Behandler in diesem System, sich einmal zurückzuhalten und zuzuhören, wenn wir ganz unmittelbar die Patienten dazu befragten, wie die 7 Prinzipien in ihre Behandlung eingebunden worden waren. Und danach befragten wir die, die die Behandlungen durchgeführt hatten. Also: Warten Sie bitte nicht fünf Jahre, und lesen dann Forschungsergebnisse in der wissenschaftlichen Fachpresse nach. Nach fünf Jahren arbeitet vielleicht niemand mehr mit den dort beschriebenen Ansätzen. Unsere Idee war, dass, anstatt dessen, jeder, der mit der Behandlung etwas zu tun hatte, eine unmittelbare Rückmeldung zu der Arbeit, die da geleistet wurde, bekommen sollte. Ich kann sie schon gar nicht mehr zählen: Ich habe mindestens 200 Follow-up-Interviews durchgeführt. Und das sind die besten Fortbildungsveran-

staltungen für mich: zuhören, wenn die Familie beschreiben, wie es war. Eine Familie sagte: „Das Lachen ist vollständig aus unserem Leben verschwunden. Wir haben früher immer viel gelacht. Jetzt nicht mehr.“ Obwohl alle Erscheinungen aller Symptome verschwunden waren, war es das, was passiert war.

Wir fanden ganz langsam heraus, dass dies eine sehr effiziente Weise war, die Behandlungen zu organisieren.

Dialogical Practice is Productive

Open Dialogue in Torneå
- 1st time psychosis,
5 year follow-up 1992 - 1997

- * 35% needed neuroleptic medicine
- * 81% symptom-free
- * 81% returned to work

Eine riesige Überraschung war, dass nur ein Drittel der Patienten in diesen fünf Jahren Neuroleptika brauchten. Obwohl die Lehrmeinung war, dass alle Patienten eine Medikation brauchten. Und das ist nach wie vor so. Trotz der Tatsache, dass es dazu keine Evidenz-basierte Forschung gibt.

Und 81% der Patienten waren symptom-frei, und nach fünf Jahren waren 85% wieder in Vollbeschäftigung.

Die Resultate sind sehr schroff kritisiert worden. Einige haben uns den Vorwurf gemacht: „Das kann nicht wahr sein, Sie haben die schwierigsten Patienten ausgeklammert.“ Einige norwegische Psychiatrie-Professoren haben das behauptet. Oder – dass das alles nicht ordentlich dokumentiert worden sei etc. Ein Teil der Grundlagenarbeit, ganz in unserem eigenen Interesse, war es, zu sehen, ob das wirklich alles so stimmte.

10 Jahre später haben wir eine Replikationsstudie unternommen, und wir haben die Biographien von Menschen mit psychotischen Ersterkrankungen verfolgt. Und wir haben ähnliche Ergebnisse erzielt. Ganz wichtig, auch in der akademischen Welt, sind die Studien, oftmals randomisierte klinische Versuche, in denen Vergleiche angestellt werden zwischen manuellen Therapiemethoden und anderen Verfahren. Da mögen sich gute Ergebnisse zeigen, aber wenn man versucht, diese Dinge in der Praxis zu gebrauchen, dann verschwinden 20% der Wirksamkeit. In unserem Fall jedoch: Genau die gleichen Ergebnisse 10 Jahre später. Das passiert, wenn die Forschung dem folgt, was tatsächlich geschieht.

In unserem Bereich sollte die Forschung überwiegend naturalistische Versuchsanordnungen benutzen und dem nachspüren, was in der Behandlung tatsächlich passiert. Dann ist sie wertvoll.

Unglücklicherweise lesen wir in den Empfehlungen der Evidenz-basierten Medizin, dass sie als Grundlage experimentell kontrollierte Versuchsanordnungen wählen. Aber wir wissen, dass da ein 20%-iger Verlust an Wirksamkeit ist, wenn wir das in der Praxis anwenden. Wir wissen alle, dass Medikationen nicht in der Art und Weise wirken, wie es behauptet wird. Etc. Validität ist also ein schwieriges Thema.

Und es geschah auch eine große Veränderung, die uns sehr erstaunte. Wir bemerkten, dass neue Fälle von Schizophrenie, Menschen also, die die Diagnose „Schizophrenie“ erhielten, sehr selten waren. In der Mitte der achtziger Jahre, als wir begannen, all diese Dinge zu tun, da gab es ganz viele Fälle. Es gab jährlich 33 neue Patienten - bezogen auf eine Bevölkerung von 100.000. In den Jahren 2003-5 waren es 2 Patienten. Keine Forschung kann das erklären. Aber wir können natürlich

Results 2003 - 2005

- * DUP reduced to 3 weeks
- * Only few new cases of schizophrenia and psychosis (incidence reduced from 33 to 2 per 100,000 annually between 1985 and 2005)
- * 84% returned to full-time employment

Aaltonen et. al., 2011; Seikkula et. al., 2011

Vermutungen anstellen, weil in der Gesellschaft als Ganzes in dieser Zeit keine größeren Veränderungen stattgefunden haben. Meine Ansicht dazu ist, dass wenn wir das Behandlungssystem so organisieren, dass wir ganz unmittelbar reagieren können, dann lernt die Bevölkerung, sehr frühzeitig zu uns Kontakt aufzunehmen, und darüber hinaus wissen alle unsere Kollegen in den Schulen, im Gesundheitswesen und sonstwo, wie wir vorgehen, und sie kontaktieren uns, wenn sie jungen Menschen begegnen, die in Schwierigkeiten sind. Wir treffen uns dann unmittelbar mit ihnen. Damit wird das Zeitfenster, in dem Menschen in einer Symptomphase sind, erheblich kleiner. Es ist auf durchschnittlich 3 Wochen reduziert worden. Viele Studien in der Psychiatrie haben nachgewiesen, dass, wenn man keinen Zugang zu einer Krisenintervention hat, es sein kann, dass Menschen für ein bis drei Jahre psychotisch bleiben können, bevor sie eine Behandlung bekommen. Das könnte also ein Grund dafür sein, dass wir sehr wenige schizophrene Patienten haben.

Das sind meine Hauptpunkte für heute. Ich habe mich so oft gefragt: „Und was bedeutet das jetzt?“ Keine Forschung, keine Forschungsergebnisse, - eher ein Versuch, es mir selbst zu erklären.

Why is Dialogical Practice Effective?

- 1) Immediate response to crisis: utilizes emotional and corporeal affective elements in crisis - "open window"
- 2) Polyphony both horizontally and vertically
- 3) Focus on generating dialogue in the meeting: all voices heard leading to cooperation
- 4) Avoids medication that affects central nervous system - antipsychotics meds can reduce brain tissue (shrink brain) (Andreasen et. al., 2011) and psychological resources (Wunderink, 2013)

Ich glaube, dass es vier Dinge sind, die zu derart guten Ergebnissen führen. Die dürfen nicht isoliert zur Anwendung kommen, sondern müssen im Zusammenspiel wirken: Ihr Effekt ergibt sich aus der Kombination.

Da ist erstens der Gedanke, unmittelbar und sofort vor Ort zu sein. Ich bin mir im Klaren darüber, dass unser Versorgungssystem hier im Norden, wie im Rest der Welt, ein System ist, das wir mit unseren Steuern bezahlen müssen, und da muss Krisen-Orientierung die oberste Priorität darstellen. Unbedingt. Und ich sehe keinen Grund, warum das nicht so sein sollte. Unsere Arbeit, selbst wenn wir nicht in Akut-Teams arbeiten, muss immer berücksichtigen, dass wir es bevorzugen, in einen unmittelbaren Kontakt zu kommen. Warum ist das so? In einer Krise haben Sie – aufgrund der damit verbundenen starken Emotionen – Zugang zu Themen und Erfahrungen in Ihrem Leben, zu denen Sie

davor noch niemals Zugang hatten, - und der verschwindet wieder nach etwa zwei Tagen. Da ist für etwa 24 bis 48 Stunden ein Fenster offen für das Gespräch, und das ist eine ganz entscheidende, sehr segensreiche Zeitspanne. Wenn wir das nicht ausnutzen, dann kann es 6 Monate Psychotherapie dauern, bis wir einen Weg zu dem gleichen Thema zurück finden. Wenn wir diese Gelegenheit nutzen mit den Familien, dann ist da nicht nur der Patient, sondern die ganze Familie, und vielleicht können die anderen Menschen sich ihrer eigenen Gefühle und ihrer Reaktionsmuster im Leben besser bewusst werden, die sie bis dahin noch nie angeschaut haben. Ein Vater klagte seinen Sohn sehr rüde an: Finnisch ist die beste Sprache der Welt um zu fluchen. Ich will das jetzt hier nicht wiederholen, aber das hat damit zu tun das unsere „R“s und „S“s so stark gesprochen werden. Dieser Vater war in Behandlung mit seiner Tochter, und dann plötzlich bekam der Sohn Probleme. Er schrie seinen Sohn an: „Du #&+*! Ich hoffe, Du wirst mal genau so blöde sein, wie ich es war, und Du wartest noch 50 Jahre, bevor Du anfängst, über Deine Gefühle zu sprechen.“ Das war es, was er erfahren hatte, und das war sehr lehrreich. Schon allein das Sich-Zusammen-Setzen und dann das Nach-Worten-Suchen, das ist, so denke ich, ein sehr wirkmächtiges Geschehen. Es ist nicht notwendig, irgendetwas sonst zu tun. Okay ...

Dann das Zweite: Wir müssen die Familie zusammenbekommen und das soziale Netzwerk. Es reicht einfach nicht, mit einem Therapeuten über das zu sprechen, was da passiert. Das ist vielleicht der ganz besondere Aspekt des Offenen Dialogs: ganz bewusst mit der Familie arbeiten. Und das unterscheidet sich doch sehr von vielen psychoedukativen Programmen, die ich gesehen habe, die die Familie nicht wirklich ernst nehmen. Die kritischen Norweger haben unsere frühen Interventionen eine Lotterie genannt. Sie sagten: „Das kann einfach nicht wahr sein, wenn wir sehen, dass von den 90, die mit diesem Prozess begonnen haben, nur einer nicht wollte, dass die Familie einbezogen würde.“ Sie sagten: „Das kann nicht wahr sein.“ Bei ihnen werden nur 40% der Familien mit eingebunden. Ich behaupte mal, dass diese Familien es nicht wirklich ernst meinen.

Der dritte Punkt. An erster Stelle steht die unmittelbare Begegnung, an zweiter, alle wesentlichen Menschen zu treffen, an dritter der Fokus auf dem Dialog. Fokus darauf, den Menschen Antworten zu geben, denn das Schlimmste, was einem Individuum passieren kann, ist es, keine Antworten mehr zu bekommen. Mehr muss man nicht tun. Die paradoxe Schwierigkeit in der dialogischen Praxis ist es, dass man nichts anderes tun muss, was darüber hinausgeht. Die paradoxe Schwierigkeit in der dialogischen Praxis ist, dass es so einfach ist, dass wir es nicht glauben, nicht daran glauben. Aber das Einfache daran ist, dass die Menschen fühlen: Jetzt wurde ich gehört. Nichts mehr als das. Und wir, wir sind meistens sehr beschäftigt damit, alles mögliche andere zu tun. Vielleicht ist es so, dass sie, weil wir uns auf alles Mögliche konzentrieren, keinen Raum haben, um ihren eigenen Gefühlen zu trauen.

Der letzte Punkt: Wenn wir es vermeiden, antipsychotische Medikamente einzusetzen, dann vermeiden wir auch die gefährlichen Aspekte, die diese mit sich bringen, deren wir uns in den letzten Jahren mehr und mehr bewusst wurden. Mir ist ebenfalls sehr klar, dass es von großem Vorteil ist, einen Prozess zur Verfügung zu haben, in dem man nicht einfach Pillen geben muss. Denn das kann einfach nicht die Antwort sein. Ein System zur Verfügung zu haben, das auf eine bestimmte Weise Sicherheit bieten kann, das macht das möglich. Sicherheit zu geben auf eine Weise, ohne dass wir das kontrollierende Element in der Behandlung sein müssten. Und wenn das möglich ist, dann reduzieren wir den Bedarf an Medikation und die Dinge funktionieren besser. Das Verständnis des Ganzen findet gerade hier seine Anwendung. Wir können Medikamente einsetzen, wenn sie vonnöten sind. Das ist auch ein Aspekt des Ganzen.

Meine abschließenden Gedanken: Meine Darlegungen gründen sich überwiegend auf unsere Erfahrungen in West-Lapland, und nur sehr wenig Forschung dazu wird an anderen Orten geleistet. Das ist eine sehr unglückliche Situation. Es versteht sich von selbst, dass da noch viel mehr passieren muss. Die vorgestellten Elemente können in Dänemark gebraucht und angepasst werden, um hier in regionale Zusammenhänge hineinzupassen. Und dann, innerhalb von Dänemark: Was in Kopenhagen geschieht, das ist ein wenig unterschiedlich von dem, was in Jütland oder anderswo los ist.

Final Reflections

- * Results in Western Lapland: find particular local elements
- * Difficulty partly because of challenge to strong basic premises in ordinary psychiatry - odd comments
- * Value in trusting people's own resources in their social networks

Einige Schwierigkeiten, denen wir begegnet sind, ergeben sich aus der Tatsache, dass der Offene Dialog Teil des psychiatrischen Versorgungssystems ist. Er ist keine Anti-Psychiatrie. Er fordert jedoch kategorisch die Grundannahmen der landläufigen Psychiatrie heraus. Und das ist zum großen Teil dafür verantwortlich, dass er so schwer verdaulich ist. Er verlangt mehr und mehr nach Dokumentation und Bildungsarbeit, etc. Wir hören ständig solche befremdlichen Kommentare. Was vielleicht das Allerwichtigste überhaupt ist, was wir gelernt haben, das ist der Wert des Vertrauens in die Ressourcen der Menschen in ihren sozialen Netzwerken und in ihre ureigenen Ressourcen. Wie sie sie in ihren Netzwerken haben.

Oft möchte ich zum Abschluss aufzeigen, dass wir, wenn wir die Art und Weise, wie wir bei unseren Patienten in ihren Krisen sind – anstatt auf Methoden und Techniken zu fokussieren –, wie wir uns in einen Prozess begeben, in dem wir uns auf Grundlagen des Lebens verlassen. Und weil es keine wichtigere Grundlage gibt als die Liebe zwischen den Mitgliedern einer Familie, deshalb können Mitglieder einer Familie beginnen, in Liebe zueinander zu leben, nachdem sie voneinander getrennt waren. Wenn man diese Art der Zugehörigkeit fühlt, dann hat man viele neue Ressourcen, die man in der Zukunft gebrauchen kann. Danke.

"Love is the life force, the soul,
the idea. There is no dialogical
relation without love, just as
there is no love in isolation.
Love is dialogic."

(Patterson, D. 1988 - Literature and Spirit:
Essay on Bakhtin and His Contemporaries, p.142)

Reinhard F. Spieß

(Übertragung aus dem Dänischen / Englischen)

HATSCHIGESUNDHEITPROSTZUMWOHLE präsentiert in jeder Woche einen neuen Text, in dem es im weitesten Sinne um Fragen der körperlichen und der psychischen Gesundheit geht. Heiter, besinnlich, bissig, poetisch, laut oder leise. Scherz, Satire, Ironie und tiefere Bedeutung. Alles bunt gemischt, ohne formale Vorgaben.

Sie haben einen Text und möchten ihn hier veröffentlichen? Wir freuen uns auf Ihre Zusendung an: info@heilpraktikerschule-duesseldorf.de. Sie behalten alle Rechte an Ihrem Text, Sie gestatten uns mit der Zusendung nur, ihn für eine Woche hier hochzuladen und in unser [Archiv](#) aufzunehmen. Honorar gibt's nicht. Aber viele Leser ...