

# Familien dynamik

Systemische Praxis und Forschung

44. Jahrgang  
Heft 1 | 2019  
DOI 10.21706/fd-44-1

Herausgegeben von Ulrike Borst, Hans Rudi Fischer, Christina Hunger-Schoppe und Arist von Schlippe

## Unternehmerfamilien

### IM FOKUS

Wenn das Unternehmen mit am Tisch sitzt

Freiwilligkeitsmythos Nachfolge

Systemische Strukturaufstellungen einer besonderen Sozialform

### SEITEN-BLICHE

Psychologische Aspekte des Cybermobbing

Systemisch-narrative Therapie als gemeinsamer Rahmen

Das Konzept von Psychosen und die Antwort des Offenen Dialogs



Klett-Cotta

familiendynamik.de

■ VOLKMAR ADERHOLD | HAMBURG  
 ■ PETRA HOHN | STOCKHOLM

# Das Konzept von Psychosen und die Antwort des Offenen Dialogs

DOI 10.21706/fd-44-1-54

**Zusammenfassung:** Der Beitrag beschreibt, mit welchen Konstrukten und in welchen Kontexten im Offenen Dialog mit Menschen in Psychosen gearbeitet wird. Psychose wird dabei verstanden als Ausdruck von etwas »Noch-nicht-Gesagtem«. Sie wird als Versuch aufgefasst, eine Kommunikation herzustellen, die auf andere Weise (noch) nicht möglich ist. Grundsätzlich wird sie als eine verstehbare Reaktion auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme sowie häufige Traumatisierungen gesehen. In den Netzwerkgesprächen des Offenen Dialogs, bei denen sich wichtige Bezugspersonen zusammen mit dem Klienten und Professionellen treffen, geht es darum, ein gemeinsames Verständnis der Krise und des weiteren Vorgehens zu entwickeln. Der Offene Dialog zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass Professionelle, auch körpersprachlich, echtes Interesse daran zeigen, was jede Person im Raum zu sagen hat. Jegliche Andeutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte, wird dabei vermieden. Indem die Worte und Formulierungen insbesondere des Menschen in der Krise von den Professionellen aufgenommen werden, entsteht oft ein Zugang zu weiteren Beschreibungen und zu biografischen Erfahrungen, die der Krise zugrunde liegen könnten. Weisen des dialogischen Fragens werden ausgeführt. Die Gespräche im Offenen Dialog wirken oft »antipsychotisch«, auch über das konkrete Gespräch hinaus, sodass auf neuroleptische Medikation häufig verzichtet werden kann.

**Schlüsselwörter:** akute Psychose, Schizophrenie, Offener Dialog, Polyphonie, Antipsychotika

## Hintergrund: Psychose und Wirklichkeit

### Kommunikation in der Psychose

Der erkenntnistheoretische Hintergrund des Offenen Dialogs ist der soziale Konstruktivismus, der davon ausgeht, dass jede Beschreibung einer komplexen Wirklichkeit eine soziale Konstruktion ist. Jeder kategoriale Ordnungsversuch für verändertes – von der kulturellen Norm abweichendes – Wirklichkeitserleben (einschließlich veränderter Wahrnehmungsprozesse) ist daher unausweichlich eine kontext- und kulturabhängige soziale Konstruktion. Dementsprechend wird eine Psychose im Ansatz des Offenen Dialogs – neben weiteren erklärenden Dimensionen – als eine prinzipiell verstehbare Reaktion auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme aufgefasst. Daher wird eine psychotisch veränderte Mitteilung auch als ein sinnhafter Versuch verstanden, Kommunikation herzustellen, die auf andere Weise nicht mehr oder noch nicht möglich ist.

► *Wir beobachten üblicherweise, dass Patienten offenbar eine Erfahrung machen, die von dem Rest ihrer Familie nicht wahrgenommen wird. Auch wenn der Kommentar von Patienten in den ersten*

*Versammlungen unverständlich erscheint, lässt sich nach einer Weile feststellen, dass der Patient über reale Vorkommnisse in seinem Leben spricht. Oft schließen diese Begebenheiten ängstigende Erfahrungen und Bedrohungen ein, über die der Betroffene vor dem Ausbruch der Krise nicht sprechen und sie so nicht verarbeiten konnte. Psychotische Erfahrungen beinhalten oft reale Begebenheiten, und der Patient spricht über Themen, für die er zuvor keine Worte fand. Auch mittels extremer Emotionen wie Wut, Trauer, Angst oder durch »schwieriges« Verhalten »spricht« der Patient über Themen, über die zuvor nicht gesprochen wurde. Auf diese Weise eröffnet die Hauptperson in der Krise etwas, das für die anderen in seiner Umgebung nicht zugänglich war. Das Ziel der Zusammenarbeit ist es dann, einen Umgang mit und Worte für die Erfahrungen zu finden, für die es bisher keine Ausdrucksmöglichkeiten oder gemeinsame Sprache gegeben hat.* ◀  
 (Seikkula & Arnkil, 2007, S. 69 – 70)

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der Klient in der Psychose und mittels der Psychose etwas »Noch-nicht-Gesagtes« einbringt, zunächst jedoch auf eine noch unverständliche Weise. Bei GesprächsteilnehmerInnen, die lebensgeschichtlich miteinander verbunden sind, kann dies bisher unausgesprochene, oft emotional schwer erträgliche Themen und

Erfahrungen beinhalten. Der Versuch, das bisher Unsagbare auszusprechen, macht daher Angst. Vor diesem Hintergrund können psychotische Verfremdungen und missverständliche Formulierungen auch als eine Art Selbstschutz aufgefasst werden. Schwierige Probleme mitzuteilen kann insbesondere dann bedrohlich sein, wenn frühere Versuche zu schmerzhaften Fehlschlägen geführt haben (vgl. Seikkula & Trimble, 2005, p. 472).

### Traumatisierungen in der Biografie von Menschen mit Psychosen

Empirische Studien bestätigen die überdurchschnittliche Häufigkeit und den Schweregrad vorangegangener Traumatisierungen bei Menschen mit psychotischen Störungen. Eine Meta-Analyse (Bonoldi et al., 2013) ermittelt dabei – nach einer methodenkritischen Auswertung von 23 eingeschlossenen Einzelstudien zu Menschen mit Psychosen gemäß ICD oder DSM – bei insgesamt 26 % sexuellen Missbrauch (bei Frauen noch mehr), bei 39 % physische Misshandlung (ohne Geschlechtsunterschiede) und bei insgesamt 34 % emotionalen Missbrauch (erneut bei Frauen mehr), ohne jedoch Angaben über das gleichzeitige Vorkommen dieser Traumatisierungsformen zu machen / machen zu können. Vernachlässigung und subjektiv sehr belastende Erlebnisse wurden dabei noch gar nicht erfasst.

### Besondere Zeitfenster

In der Praxis hat sich gezeigt, dass es für das Ansprechen bisher unausgesprochener Erfahrungen ein besonderes Zeitfenster gibt:

➤ *Während der ersten Tage einer Krise scheint es möglich zu sein, über Dinge zu sprechen, deren Thematisierung später schwerfällt. 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. Oft geht es aus [...] Sicht [des Patienten] um mangelnde Anerkennung und Würdigung durch den Rest der Familie [...]. Das Ziel der Behandlung ist die offene Ansprache dieser bisher unausgesprochenen Erfahrungen in einer Sprache, die von allen Teilnehmern geteilt werden kann.* (Seikkula & Alakare, 2015, S. 29) <

Unverständlichkeit im Rahmen psychotischen Erlebens wird dabei weniger als ein psychopathologisches Merkmal, sondern als bedeutsamer Ausdruck eines erschwerten Zugangs zu Selbstgewissheit und Selbstverständnis aufgefasst. Sie kann auch als Angst davor aufgefasst werden, etwas auszusprechen, und als Angst davor, welche Reaktionen dies hervorrufen könnte. Diese Angst können auch andere Anwesende haben. Eine verstehende Haltung könnte etwa durch folgende Worte zum Ausdruck gebracht werden:

■ »Ich kann mir vorstellen, dass Sie etwas Wichtiges ansprechen wollen, aber dass Sie gleichzeitig auch Angst davor haben.«

Es geht zunächst darum, einen intersubjektiven Raum zu schaffen, in dem durch innere und äußere Dialoge wieder ein Selbstgefühl entstehen kann (Stanghellini & Lysaker, 2007).

Da das Fenster zu den extremen Erfahrungen nur in den ersten Tagen offen zu stehen scheint, sollte der Patient darüber hinaus von Beginn an und gerade in der akuten psychotischen Krise an allen sogenannten Netzwerktreffen teilnehmen.

## Praxis des Offenen Dialogs

### Netzwerktreffen

Bei den Netzwerktreffen versammeln sich Personen des natürlichen, sozialen Netzwerks des Klienten (Eltern, Geschwister, Partner, Nachbarn, Freunde) und des professionellen Netzwerks, um ein gemeinsames Verständnis der Krise und des weiteren Vorgehens zu entwickeln (Olsen, Seikkula & Ziedonis, 2014, p. 27). Je mehr Vertrauenspersonen des Klienten anwesend sind, desto besser. Das erste Netzwerktreffen sollte bereits innerhalb von 24 Stunden nach einem Hilferuf – von welcher Bezugsperson auch immer – erfolgen bzw. angeboten werden. Auch ist es in dieser ersten Phase bedeutsam, sich mit einer neuroleptischen Behandlung zurückzuhalten.

### Teilnehmer

Bei den ersten Netzwerktreffen nehmen öfter mehr als zwei Professionelle teil; in der Regel sind es so viele, dass diese keine Angst vor dem Netzwerktreffen empfinden. Vor dem Hintergrund der im Netzwerkgespräch erlebten Passung kann dann leicht die Entscheidung getroffen werden, wer auf Dauer enger mit dem Netzwerk zusammenarbeitet. In der Regel sind es zwei Therapeuten.

Sollte der Klient zu einer Teilnahme nicht bereit sein, lässt sich das Gespräch meist vor der Tür des Zimmers durchführen, in dem er sich aufhält. Eine kurze Erklärung – evtl. auch nur durch die Tür –, die Verständnis für seine Skepsis gegenüber einem Gespräch ausdrückt, kann verbunden werden mit der Einladung, spontan im Laufe des Gesprächs dazuzukommen. In vielen Fällen führt dies zu einer verzögerten Teilnahme am gerade stattfindenden oder am nächsten Gespräch. Ohne den Klienten werden die Anwesenden eingeladen, einen gemeinsamen Dialog über ihre Anliegen, Erfahrungen, Sor-

gen und weitergehenden Ideen zu führen.

Ein Experte aus Erfahrung, der selbst krisenerfahren und in dieser Funktion als Mitglied des Teams ausgebildet ist, kann in vielen Fällen sehr hilfreich sein. Oft gelingt es ihm, eine Brücke zu Klienten zu bauen, die aufgrund negativer Erfahrungen schwer zugänglich oder misstrauisch sind. Die meisten Klienten fühlen sich durch Experten aus Erfahrung tiefer verstanden und können so Hoffnung schöpfen.

## Ort

Vorzugsweise findet das Netzwerk-treffen zu Hause bei dem Klienten oder an einem Ort seiner Wahl statt. Eventuell haben aber auch die anderen Gesprächsteilnehmer Vorschläge.

➤ *Es ist häufige Praxis, dass zunächst einer der Therapeuten mit der Person im Zentrum der Krise in einen Kontakt tritt, der aus einem sorgfältigen und ausführlichen Austausch mit Fragen und Antworten besteht. Zweck dieses Zwiegesprächs ist es, genau zu hören und – falls erforderlich – zu helfen, Wörter für die Not und Verzweiflung der Person zu finden, die ansonsten in Symptomen »verkörperlicht« bleiben, und eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Ergänzungen von Anwesenden des sozialen Netzwerks können helfen, weiteres Licht auf die Natur der Krise zu werfen. Dafür laden die dialogischen Therapeuten jede anwesende Person dazu ein, ihre Perspektive und die verschiedenen damit zusammenhängenden Probleme / Themen, die während des Gesprächs aufkommen, (mit-) zu teilen. Die therapeutische Kompetenz besteht in der dialogischen Arbeit nicht in einer strukturierten Interview-Methode, sondern überwiegend in der persönlichen Weise der Therapeuten, auf die Äußerungen der betroffenen Person und der anderen Anwesenden zu antworten.*

(Olsen, Seikkula & Ziedonis, 2014, p. 5–6, Übersetzung V. A.)

## Umgang mit psychotischen Erfahrungen

Psychotische Erfahrungen sollten möglichst offen angesprochen werden. Kurze Fragen, die die Erfahrung vollständig akzeptieren und nicht infrage stellen und mit einer Haltung von aufgeschlossener Neugierde und möglichst großer Präsenz seitens der Professionellen gestellt werden, können dazu verhelfen, dass der Betroffene Vertrauen fasst, um genauer zu berichten. Dabei sollten die Fragen das Erzählen der Geschichten so einfach und so wenig belastend wie möglich machen. Alltagssprache zu verwenden ist dabei ebenso hilfreich wie das Nachvollziehen von Details. Interpretationen oder alternative Perspektiven sollten unterbleiben. Rationale Erklärungen können zu diesem Zeitpunkt sehr leicht den dialogischen Prozess unterbrechen, denn der Betroffene kann dadurch das Gefühl bekommen, nicht gehört zu werden oder die eigenen Äußerungen verteidigen zu müssen.

Folgt man dem Modell der »Polyphonie«, so sind sogenannte Wahnideen und Stimmenphänomene gleichwertige Stimmen neben allen anderen. Unterstellt man eine bedeutsame Botschaft, die anders noch nicht ausgedrückt werden kann, ist es leichter möglich, innerlich offen und neugierig zu bleiben und keinen Druck auszuüben. In gewisser Weise kann man darüber hinaus davon ausgehen, dass Professionelle durch den psychotischen Gesprächsteilnehmer zunächst einer Prüfung unterzogen werden, ob diese riskanten Mitteilungen bei ihm bzw. ihr auch gut aufgehoben sind. Dieses Vertrauen muss erst entstehen. Deshalb sollten Professionelle die psychotischen Erfahrungen nicht bewertend, sondern wertschätzend aufnehmen.

Der Betroffene kann auch gefragt werden, ob in dieser Runde genug Vertrauen besteht, um den Inhalt / einen Teil des Inhalts der gehörten Stimmen auszusprechen. Je mehr Stimmen in solche polyphonen Dialoge aufgenommen werden, umso mehr Möglichkei-

ten können entstehen, damit sich langsam Verstehen entwickelt (vgl. Bakhtin, 1985).

## Dialogisches Antworten und Fragen

Statt mit spezifischen Interviewmethoden zu arbeiten – wie andere systemische Ansätze –, folgt das professionelle Team im Offenen Dialog den Themen der Gesprächsteilnehmer und versucht, eine Sprache zu verwenden, die in der Familie üblich ist. Ebenso sollten Bilder und Problemformulierungen, wie sie das Netzwerk verwendet, übernommen werden.

Ist die Person in der Psychose nur schwer zu verstehen, besteht der Dialog aus der Suche nach Worten, die deutlicher ausdrücken, was sie zu sagen versucht. Gelingt diese Suche nach neuen Worten und Erzählungen und Mitteilungen, kann der Dialog eine bedeutsame Wendung nehmen, indem ein neues Verständnis zwischen den Anwesenden entsteht.

➤ *Beziehen Sie Ihren allerersten Kommentar auf etwas, das der andere gesagt hat. Sie können zum Beispiel wörtlich einen Satz wiederholen, bevor Sie fortfahren: »Sie haben gesagt, dass es schrecklich war, als Ihr Vater ausgezogen ist?« Es ist gut, danach eine kurze Pause zu machen, um dem Patienten Raum zum Nachdenken zu lassen, ob er dieses wirklich so sagen wollte. So kann der Sprecher seine Worte aus dem Munde eines anderen hören und sich überlegen, was es bedeutet, diese Worte so zu hören. Diese kurze Sequenz schafft eine gemeinsame Sprachebene zwischen dem Team, der Familie, dem Patienten und allen anderen Anwesenden. Auf dieser gemeinsamen Sprachebene wird es möglich, dass die Themen und Entscheidungen in der Behandlung auf die gleiche Weise verstanden werden.*

(Seikkula & Arnkil, 2007, S. 80)

Durch die gemeinsame Sprache und das gemeinsame Verstehen verringern sich Verwirrung und Mehrdeutigkeit, mehr Orientierung und neue Hand-

lungsfähigkeit können entstehen und wachsen. Das Team unterstützt daher den psychotischen Klienten dabei, Worte und eine gemeinsame Sprache für zurückliegende schwierige Erfahrungen zu finden, für die er bisher keine Sprache gefunden hat, und sich so über diese noch verständlicher auszutauschen.

Das aktive, aufmerksame Zuhören, das Nachfragen bei bedeutsam erscheinenden Formulierungen, bei »Schlüsselwörtern«, und das Wahrnehmen und Aufgreifen von Gefühlen, das Fragen, welche Bedeutung sie haben und wann sie entstanden sind, führt oft zurück zu früheren, tieferen und belastenden Erfahrungen, die nun vollständiger erschlossen und eventuell zum ersten Mal ausgesprochen werden können.

Auch einzelne hinweisende, nicht ganz verständliche Worte in den spontanen Erzählungen können Zugang zu diesen unausgesprochenen Erfahrungen eröffnen. Diese Worte und Formulierungen sollten aufgegriffen und mit der Einladung verbunden werden, mehr dazu zu sagen.

Oft genügt es schon, nur das Wort fragend zu wiederholen oder danach zu formulieren:

- »Was meinen Sie mit dem Wort / der Formulierung ... genau?«
- »Welche Erfahrung meinen Sie, wenn Sie von ... sprechen?«

Der Klient wird gebeten, mehr über diese Erfahrungen mitzuteilen, eventuell Beispiele zu erzählen und sie, wenn möglich, genauer zu erklären.

- »Ich habe eine solche Erfahrung nie gemacht. Können Sie mir mehr darüber erzählen, damit ich Ihre Erfahrung besser verstehen kann?«

Wichtiger als jede methodische Regel ist es jedoch, in jedem Moment möglichst vollständig präsent zu sein und das eigene Handeln ständig an den Dialog und die Situation anzupassen, denn jedes Netzwerktreffen ist einzigartig und einmalig.

Eine ruhige, respektvolle Präsenz und Teilnahme der Therapeuten an dem Gespräch, ein langsames Vorgehen, wiederholtes Innehalten sowie

das Zulassen von längerem Schweigen schaffen oft den Raum, um auch schmerzhaft Gefühle und leidvolle Erfahrungen auszudrücken. Traumatische Ereignisse sind oft zunächst nur verkörperlicht. Um Worte für diese Erfahrungen zu finden, müssen diese Gefühle zunächst auch miteinander ausgehalten werden, was durch den dialogischen Prozess gelingen kann.

► *Um den dialogischen Prozess zu unterstützen, achten die Teammitglieder darauf, wie die Gefühle durch die vielen Stimmen des Körpers ausgedrückt werden: Tränen, ein zugeschnürter Hals, Änderungen in der Haltung und im Gesichtsausdruck.*

(Seikkula & Trimble, 2005, p. 468, Übersetzung V. A.) ◀

Wird das Weitersprechen gehemmt, können Professionelle den Klienten darin unterstützen, Worte zu finden. Die Therapeuten zeigen ihr Mitgefühl und ihr Verständnis für diese extremen Lebenserfahrungen, die psychotisches Erleben und Hoffnungslosigkeit zur Folge haben. Sie sehen diese erschütternden psychotischen Erfahrungen und Äußerungen als verständliche Reaktionen auf eine extreme Lebenssituation und normalisieren sie damit.

Mögliche weitere Fragen, die einen Zugang zu biografischen Erfahrungen eröffnen können, sind etwa:

- »Was ist vor der ersten Krise passiert?«
- »Was ist vor dieser Krise passiert?«
- »Können Sie etwas über die Zeit erzählen, als es Ihnen das letzte Mal gut gegangen ist?«
- »Was hat sich seitdem Belastendes ereignet? Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen diesen Erfahrungen und Ihrer Krise?«
- »Was bedeutet diese Erfahrung heute für Sie?«

Es ist sehr wichtig, alle Veränderungen und Ereignisse der letzten Monate und der Jahre zuvor zusammenzutragen und eventuell zu rekonstruieren. Auch geringfügig Erscheinendes kann subjektiv sehr bedeutsam sein. Damit

verlagert sich der Problemfokus von Symptomen des Klienten auf den Lebenskontext, auf den Raum sozialer Beziehungen und biografischer Erfahrungen.

Auch die folgende Frage macht deutlich, dass die Symptome selbst nicht schon eine hinreichende Problembeschreibung darstellen, sondern auf etwas anderes verweisen, dass sich jedoch nicht leicht erfassen und erschließen lässt:

- »Was ist das Problem? Worin liegen die Schwierigkeiten für Sie?«

Symptome und Verhaltensweisen sind nur verstehbar im näheren und weiteren aktuellen sowie historisch-biografischen Kontext. Es sollte nicht der Versuch unternommen werden, einen vorschnellen Konsens zwischen den Anwesenden herzustellen. Es ist besser, Unsicherheiten und Unklarheiten auszuhalten und diese erst einmal stehen zu lassen.

In welcher Form und von welcher Qualität ein Gespräch ist, hängt vor allem von der dialogischen Haltung der Therapeuten ab. Diese ist darauf ausgerichtet, dass sich der Klient wirklich gehört fühlt, was wiederum der Beginn jedweder Veränderung ist. Eine dialogische Haltung ist davon geprägt, dass sich die Professionellen

► *[...] vor allem darauf [konzentrieren], wie sie auf die Äußerungen des psychotisch erlebenden Patienten reagieren und antworten können, weil die Antworten der anderen die Kräfte erzeugen, die die eigenen psychologischen Ressourcen mobilisieren. Denn für das Wort (und folglich für einen Menschen) gibt es nichts Schrecklicheres als eine ausbleibende Antwort.*

(Bakhtin, 1984, p. 127, zit. n. Seikkula, 2008, p. 481, Übersetzung V. A.) ◀

Dieser Ansatz mag für viele Professionelle zunächst ungewohnt erscheinen. Oft haben sie gelernt, das Problem zu interpretieren und rasch eine Intervention vorzuschlagen, um den Symptomen entgegenzuwirken. Folgt man hingegen dem dialogischen Grund-

satz, dass jede Äußerung nach einer Antwort verlangt, so bemühen sich die Professionellen, auf das zu antworten, was gesagt wurde:

➤ *Zu antworten bedeutet dabei nicht, eine Erklärung oder Interpretation zu geben, sondern vielmehr durch die Antwort zu zeigen, dass man wahrgenommen hat, was gesagt wurde, und, wenn möglich, einen neuen Gesichtspunkt zu dem hinzuzufügen, was bereits gesagt wurde. Dies geschieht nicht durch eine erzwungene Unterbrechung jeder Äußerung, um eine Antwort zu geben, sondern vielmehr durch die Anpassung der eigenen antwortenden Worte an den natürlichen Rhythmus des Gesprächs.*

(Seikkula, 2008, p. 481, Übersetzung V. A.)

## Polyphonie

Der Dialog beginnt damit, genau zuzuhören, was die Klienten und alle Anwesenden tatsächlich sagen, und nicht mit einer Interpretation dessen, was sie gemäß unserer Vermutungen damit meinen könnten.

➤ *Die Teammitglieder antworten auch körpersprachlich, indem sie echtes Interesse daran zeigen, was jede Person im Raum zu sagen hat, und indem sie jegliche Andeutung vermeiden, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte. Indem der Prozess es den Netzwerkteilnehmern ermöglicht, ihre Stimmen zu finden, beginnen sie, auch sich selbst zu befragen. Denn wenn ein Sprecher seine eigenen Worte hört, nachdem er die Äußerungen der anderen als Antwort auf seine Worte vernommen hat, ermöglicht ihm dies, auch besser zu verstehen, was er selbst gesagt hat. Wenn man die Alltagssprache der Klienten benutzt, die ihnen vertraut ist, erleichtern die Fragen der Teammitglieder, dass Geschichten erzählt werden, die Einzelheiten des Alltags wie auch schwierige / schwere Emotionen beinhalten, die in Verbindung mit den Ereignissen stehen, die berichtet werden. Indem andere Netzwerk-*

*teilnehmer von den Teammitgliedern um Eindrücke [im engl. Original: comments, V. A.] zu dem gebeten werden, was gesagt wurde, tragen sie dazu bei, ein vielstimmiges Bild des Ereignisses entstehen zu lassen.*

(Seikkula, 2008, p. 481, Übersetzung V. A.)

Wenn sich die inneren und äußeren Dialoge der Anwesenden verbinden, gewinnt das Sprechen an Offenheit. So wird das Bedeutung webende Netzwerk sozialer Beziehungen, i. e. die »Polyphonie des Lebens«, nach und nach zur treibenden Kraft der Psychotherapie (vgl. Seikkula, 2003, p. 87).

Die Professionellen können die Anwesenden dabei unterstützen, wieder in einen kommunikativen Fluss / Dialog zu kommen und eine gemeinsame Sprache für das zu finden, was geschieht und geschehen ist. Sehr oft gelingt ein zunehmend verständliches Gespräch innerhalb von 20 bis 30 Minuten. Es ist dafür nur wichtig, in den Wirren des oft psychotischen Beginns nicht die Orientierung, Geduld und Unsicherheitstoleranz zu verlieren und zugleich immer wieder in der Erwartung, dass der Patient in eine verständliche Sprache wechselt, nach bedeutsamen Erfahrungen zu fragen. Möglicherweise könnte dabei vorsichtige Übersetzungshilfe geleistet werden. Werden wir Professionellen als vertrauenswürdige Gesprächspartner erlebt, wird oft eine kohärente Sprache möglich.

## Reflektieren

In Reflexionen (nach dem Modus des Reflektierenden Teams) können Professionelle die gehörten unterschiedlichen Sichtweisen wiedergeben und eigene Erweiterungen in hypothetisch fragender Weise hinzufügen. Das Reflektieren ermöglicht eine etwas größere Distanz und zugleich mehr Raum für empathische Nähe. In den Reflexionen ist es sinnvoll, die unterschiedlichen Gefühle der Anwesenden, den emotionalen Raum ihrer inneren Situation respektvoll anzusprechen. Dabei könnte

auch die Frage hilfreich sein, wo sonst über diese Gefühle gesprochen werden könnte. Meist wird die Kommunikation im Laufe des Gesprächs so verständlicher. Ein Teil der schwierigen, bisher angstvoll besetzten und häufig tabuisierten Themen kann dann meist ausgesprochen werden.

Indem die Netzwerkmitglieder dem reflektierenden Dialog der professionellen Teammitglieder zuhören, fühlen sie sich gehört, empathisch verstanden und entdecken oft weitere Bedeutungen der Situation. Wenn sie den Reflexionen, einen anderen Netzwerkteilnehmer betreffend, zuhören und dabei von einer unmittelbaren Antwort entbunden sind, können sie in einen inneren Dialog mit dieser Person treten. Dies kann neue Sichtweisen und Gefühle zu dieser Person und ein erweitertes Problemverständnis hervorbringen. In den dann folgenden äußeren Dialogen werden oft neue Möglichkeiten miteinander entdeckt.

Reflektierende Dialoge können sich auch auf Äußerungen eines Teammitglieds, der wiederum etwas zu den Äußerungen eines anderen Netzwerkmitglieds gesagt hat, beziehen.

➤ *Dieser rekursive Prozess hilft Teammitgliedern, anderen Fachleuten in der Sitzung und den Netzwerkmitgliedern, die Unsicherheit in einer Situation besser auszuhalten, in der es keine schnellen Antworten auf schwierige Probleme und keine schnellen Behandlungsentscheidungen geben kann. Indem sie diese Ungewissheit tolerieren, entdecken die Netzwerkmitglieder in ihrem Austausch über die Situation ihre eigenen psychologischen Ressourcen, um die Frage zu beantworten, wie es weitergehen soll.*

(Seikkula & Trimble, 2005, p. 471 – 472, Übersetzung V. A.)

## Heilsames neues Verständnis

Indem im gemeinsamen Dialog neue Worte gefunden werden, entstehen neue Bedeutungen und ein neues Verständnis von bislang Unverstandenem.

Es entwickelt sich ein reflektierender gemeinsamer Austausch. Die gemeinsam erlebten Gefühle schaffen neue Verbindungen untereinander.

➤ *Man erlebt, wenn man selbst beginnt, offen mit den eigenen Erfahrungen zu sein, dass oft auch andere Anwesende, sogar die stillen, in dem Gespräch selbst offener werden und vertrauensvoller miteinander sein können – in der Überzeugung, dass schwierige Themen gehandhabt / verkraftet werden können. Während Team und Netzwerk die Erfahrungen, die so ihren Weg in den Raum finden, durchleben, erlaubt es diese gemeinsame emotionale Erfahrung, dass die vertrauten Worte der Netzwerkmitglieder in ein neues Verständnis einmünden, in Geschichten, in denen jeder Teilnehmer sein eigenes Trauma in Worte fassen und einen Umgang mit seinen eigenen Emotionen finden kann. Wenn die neue Sprache das Original [i. e. das erste Narrativ des Klienten, V. A.] erfasst, die unausgesprochene, beunruhigende Geschichte und den Kontext, in dem die Symptome zuerst aufgetaucht sind, dann beginnt der Dialog, Symptome zu kompensieren. Wenn Netzwerkmitglieder Worte finden für ihre traumatischen Erfahrungen, werden sowohl die beschriebenen Situationen als auch die mit ihnen verbundenen Gefühle beherrschbar. (Seikkula & Trimble, 2005, p. 472, Übersetzung V. A.)* ◀

Im Akt der Versprachlichung und im dialogischen Austausch – der nicht ohne Risiko ist – werden »die Erfahrungen, die als Symptome im Gedächtnis des Körpers gespeichert wurden, in Worten »verdampft.« (Seikkula & Trimble, 2005, p. 468, Übersetzung V. A.).

Selbstverständlich umfasst der Offene Dialog vor allem einen emotionalen Austausch und die Bereitschaft, Gefühle auszudrücken und miteinander auszuhalten. So können neue Verbindungen und Begegnungen geschaffen werden. Sprache setzt diesen Prozess meist in Gang und vermag, ihn zu einem Prozess der Verständigung und des Verstehens werden zu lassen. Können Mitgefühl, Zuneigung, Liebe, eine

Entschuldigung, eine Bitte um Verzeihung und Versöhnung ausgedrückt oder ausgesprochen werden, ist kaum noch etwas zu tun. Da Scham auf allen Seiten oft groß und unvermeidlich ist, können diese Gefühle häufig erst mit Verzögerung, nach einem Netzwerktreffen, ausgedrückt werden. Es braucht Geduld. Dialog ist die Veränderung.

### Hoffnung und Normalisierung

Eine grundsätzliche Hoffnung, dass die Krise überwunden werden kann, sollte durch die Professionellen wiederholt zum Ausdruck gebracht werden. Die Krise und Psychose sollten so weit wie möglich normalisiert werden. Die Verwendung pathologisierender Benennungen und Diagnosen sollte vermieden werden. Auch im Rahmen des diagnostischen Prozesses ist es sinnvoll, Festlegungen noch zu vermeiden. Diese Praxis spricht vor allem die »erwachsene« Seite des Klienten an und trägt dazu bei, regressionsfördernde und stigmatisierende Effekte professioneller Kommunikation zu überwinden (vgl. Seikkula & Alakare, 2015, S. 5).

## Mögliche Schwierigkeiten im Gesprächsverlauf

### Psychotische »Inseln«

Tauchen im Zuge des weiteren Gesprächs erneut psychotisch erscheinende Äußerungen/ »Inseln« auf, so signalisiert dies meist eine emotionale Überforderung mit dem zuvor besprochenen Thema. Psychotisches Erleben ist in diesem Sinne als Schutz der eigenen Person oder anderer zu verstehen. Ob es dann gelingt, zu dem Thema in einer Form zurückzukehren, die für den Klienten angemessen ist, oder ob das Gespräch besser mit weniger belastenden Inhalten fortgesetzt werden sollte, hängt von der Situation und der Fähigkeit der Therapeuten bzw. der

Passung zwischen ihm und dem Patienten ab. In einem emotional aufgeladenen Gespräch ist es gut, wenn auch keineswegs einfach, sich an das unmittelbar zuvor Besprochene zu erinnern und eine möglicherweise damit verbundene emotionale Reaktion / Problematik respektvoll und behutsam anzusprechen. In der Reflexion kann diese Beobachtung am leichtesten angesprochen werden.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, das Gefühl des Klienten anzusprechen.

■ »Ist es möglich, über diese schmerzhaften Themen so zu reden, ohne dass es dadurch für Einzelne zu schwierig wird?«

■ »Wenn nicht jetzt, wann und mit wem wäre das möglich?«

Will hingegen der Klient nicht weiter teilnehmen und den Raum verlassen, ist es oft sinnvoll, eine Pause vorzuschlagen und die endgültige Entscheidung über ein Ende des Gesprächs danach zu treffen.

### Wenn der Klient den Raum verlässt

Wenn der Klient plötzlich aus dem Raum läuft, wird mit den verbliebenen Anwesenden ausführlich diskutiert, ob das Gespräch trotzdem fortgesetzt werden sollte. Wenn die Entscheidung positiv ist, informiert ein Professioneller den Klienten – sofern erreichbar –, dass er jederzeit in das Gespräch zurückkehren kann. In dem Gespräch mit den verbliebenen Anwesenden werden keine Entscheidungen getroffen, die den Klienten betreffen (vgl. Seikkula & Alakare, 2015, p. 5).

### Anwesenheit eines Täters / einer Täterin

Wenn der Täter einer Missbrauchshandlung im Gespräch anwesend ist, kann dies die Situation erheblich erschweren. Oft kommen die missbräuchlichen Ereignisse und Erfahrungen dann nicht zur Sprache. Hier ist es besonders wichtig, einen Ort und Be-

ziehungen des Vertrauens zu schaffen, an und in denen der Betroffene darüber sprechen kann, was geschehen ist. Vor diesem Hintergrund ist es auch wichtig, die Möglichkeit zu schaffen, ein »Einzelgespräch« – am besten mit zwei Mitgliedern des Behandlungsteams – zu führen. Es kann auch sein, dass über diese Erfahrungen erst in der Einzeltherapie gesprochen werden kann.

Kommen missbräuchliche Ereignisse zur Sprache, ist es unabdingbar notwendig, alles dafür zu tun, dass sich solche Übergriffe nicht wiederholen und sich der Klient sicher genug fühlt. Ob die Netzwerkgespräche mit den Beteiligten und möglicherweise weiteren Personen fortgesetzt werden, muss dann gemeinsam entschieden werden. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, zunächst oder auf Dauer in getrennten Settings / Gesprächen mit den jeweils Betroffenen weiterzuarbeiten. Über die rechtlichen Konsequenzen muss der / die Betroffene entscheiden.

## Wirkungen und nächste Schritte

### Antipsychotische Wirkungen

Die dialogischen, nach Verstehen suchenden und um Verständigung ringenden Gespräche wirken »antipsychotisch«, oft auch über das konkrete Gespräch hinaus. Gespräche, in denen es darum geht, eine gegenseitige Verständigung über die Probleme und Schwierigkeiten zu erlangen, sowie die gemeinsame Suche nach gangbaren Lösungen verstärken das Gefühl des Klienten, selbst aktiv Handelnder im eigenen Leben zu sein. Sie fördern auch die kognitiven Funktionen.

Neuroleptikabehandlung wird bei Ersterkrankten anfangs meist nicht vorgeschlagen. Ein längerer neuroleptikafreier Behandlungszeitraum von einigen Wochen wird angestrebt. Je nach Verlauf der Symptomatik wird dann ganz auf Neuroleptika verzichtet oder ihre Anwendung in mindes-

tens drei Netzwerkgesprächen mit allen Vor- und Nachteilen diskutiert, ehe eine endgültige Entscheidung getroffen wird.

Bezüglich aller weiteren Aspekte wird möglichst nur das Notwendigste bis zum nächsten Netzwerktreffen besprochen, denn vieles kann sich in kurzer Zeit ändern.

### Schritte entstehen

Gangbare Schritte werden oft gemeinsam im Zuge des Dialogs gefunden. Je intensiver die Krise ist, umso kurzfristiger sollten sie im Gespräch verabredet werden, um im Prozess flexibel zu bleiben.

Konkret könnte der Klient darin unterstützt werden, Orte und Zeiträume zu finden, an und in denen er sich entspannen und sicher fühlen kann. Hilfreiche Fragen des Teams könnten sein:

- »Wer tut wem jetzt gut?«
- »Zu wem besteht das meiste Vertrauen?«
- »Wenn diese Person nicht anwesend ist, könnte sie zu einem Netzwerkgespräch eingeladen werden?«

Wichtig ist es auch, ausreichenden Schlaf zu gewährleisten, evtl. durch Hypnotika.

### Notwendige Entscheidungen

Müssen Entscheidungen getroffen werden – d. h. ergeben sich einzelne Schritte nicht selbstverständlich aus dem Prozess –, so sollte nur über solche Schritte entschieden werden, die im jeweiligen Moment absolut notwendig sind. Die Professionellen tauschen sich dazu offen mit allen anderen Gesprächsteilnehmern über ihre diesbezüglichen Gefühle, Gedanken und Erfahrungen aus. Alle weiteren Entscheidungen sollten vertagt werden. Oft hilft die Frage:

- »Müssen wir das wirklich heute entscheiden?«

Die Frequenz der Sitzungen bzw. das Zeitintervall zwischen den Sitzungen sollte allen Beteiligten dabei genügend Sicherheit geben, um Entscheidungen vertagen zu können.

## Abschluss und Einbettung des Gesprächs

Ca. fünf bis zehn Minuten vor Ende kann man die letzte Phase des Gesprächs gut mit den Worten einleiten:

- »Wir kommen langsam zum Ende. Ist für Sie alles Wichtige für heute gesagt?«

Handlungsideen aus dem Gespräch sollten jetzt gemeinsam erinnert und endgültig verabredet werden. Weitere obligatorische Fragen des Teams sind:

- »Wann brauchen Sie uns wieder?«
- »Wer sollte noch eingeladen werden?«
- »Fühlen Sie sich bis dahin sicher genug, sodass wir jetzt auseinander gehen können?«

In jedem Falle sollte die Telefonnummer des Krisendienstes für die Zeit zwischen den Netzwerkgesprächen hinterlegt werden. Bei besonderen Risiken erleben Klienten und auch Professionelle es darüber hinaus als sehr hilfreich, wenn der Klient die Telefonnummern eines oder mehrerer professioneller Teilnehmer erhält. Erfahrungsgemäß werden sie nicht in unangemessener Form verwendet.

Bei erstmaligen Behandlungen sind recht oft tägliche Netzwerkgespräche über zehn bis zwölf Tage hinweg erforderlich, wenn die Akutbehandlung zu Hause erfolgen soll. Diese Frequenz soll es möglich machen, dass einerseits genügend Sicherheit bzw. Toleranz von Unsicherheit angesichts der offenen Fragen in der gemeinsamen »Suche« entstehen kann und andererseits keine vorschnellen Entscheidungen getroffen werden müssen. Am Ende eines jeden Treffens wird die Frage diskutiert, ob und wann es ein weiteres Treffen geben sollte.

Im Falle einer stationären Aufnahme sollten die Gespräche dort fortgesetzt werden. Vorübergehende stationäre Behandlungen sollten nicht als Versagen aufgefasst werden.

Nach einem intensiven Anfangsprozess entstehen meist mehrwöchige bis mehrmonatige Abstände zwischen den Treffen. In der Regel ist es möglich,

den Abstand zwischen den Gesprächen vorab verlässlich zu verabreden.

➤ *Das Ergebnis des Treffens wird mehr als verkörperlichte Gesamterfahrung der Teilnehmer als in den angebotenen Erklärungen für die Probleme oder den Entscheidungen am Ende des Treffens erlebt. Dies kann für Professionelle ungewöhnlich sein, die es gewohnt sind, strukturiert zu arbeiten.*

(Seikkula & Trimble, 2005, p. 469, Übersetzung V. A.)

## Individuelle Psychotherapie

Zu ergänzen bleibt noch, dass regelhaft zu einem späteren Zeitpunkt Menschen mit Psychosen individuelle Psychotherapie angeboten wird, die z. B. in West Lappland von 50 bis 65 % der Betroffenen in Anspruch genommen wird. Sie ist dort meist psychodynamisch orientiert. Sie gehört zum Modell des Offenen Dialogs. Auf Wunsch des Klienten können auch Einzelgespräche mit dem Team stattfinden.

### ➔ Summary

#### *Psychosis and Open Dialogue*

The article describes the constructs operative in Open Dialogue and the contexts in which it is drawn upon to engage with psychoses. Psychosis is understood here as the expression of something »not yet said«. It is interpreted as the attempt to establish communication in a situation where other forms of communication are not (yet) possible. In its essence, psychosis is regarded as a comprehensible response to intolerable and unresolved life-problems and to frequent traumatisations. The network exchanges constituting Open Dialogue bring together important reference persons with the client and with professionals. The essential aim is to arrive at a joint understanding of the crisis and an agreement on how to proceed. One of the distinguishing features of Open Dialogue is that – not least by way of body language – profes-

## WERKZEUGKASTEN

Auch wenn zunächst unverständlich erscheint, was in der Psychose gesagt wird: Es ist essenziell für die Therapie, dass Kommunikation schon zu Beginn der Krise versucht und wiederhergestellt wird.

Dazu beachte:

- Schwerwiegende Symptome können oft als Verkörperung unaussprechlicher Dilemmata und unerträglicher und traumatischer Erfahrungen aufgefasst werden.
- Unverstandenes ist meistens Noch-nicht-Verstandenes: Psychotisch verändertes Wahrnehmen und Sprechen lässt sich verstehen als vielschichtiges, metaphorisches oder fragmentarisches Sprechen über konkrete Lebenserfahrungen, die noch unerträglich sind; es ist ein Kommunikationsversuch und gleichzeitig ein Schutz vor den Gefühlen und den Folgen dieser verkörperlichten Erfahrungen.
- Ein offener Dialog im Netzwerk gibt Raum und lässt Zeit, um für solche Erfahrungen Worte zu finden.
- Professionelle reagieren dabei aus ihrem gesamten körperlichen Sein und müssen aufrichtig daran interessiert sein, was jede einzelne Person im Raum zu sagen hat.
- Nicht die raffinierte systemische Frage, sondern Präsenz, das Anknüpfen an Worte des Klienten und der anderen Netzwerkteilnehmer bringen den Dialog in Gang und erhalten ihn aufrecht. In diesem Moment ist es die Aufgabe des Hörenden, die Worte des Sprechers ganz zu akzeptieren, ohne auch nur irgendein Wort der Interpretation oder einer alternativen Perspektive anzubieten.
- Die eigene Unsicherheit und die Mehrdeutigkeit des Erlebten müssen dabei ausgehalten werden, denn Polyphonie ist unvermeidlich.
- So können nach und nach miteinander Worte für diese Erfahrungen gefunden werden. Dazu sind die Geschichte und der Kontext, in dem die ersten Symptome entstanden sind, von besonderer Bedeutung.
- Durch zusätzliche Reflexionen der Therapeuten entstehen ein Gefühl des Gehört- und Angenommen-Werdens und Angebote für ein neues Verständnis der Krise.
- Wenn Netzwerkmitglieder so eine Sprache finden für ihre traumatischen Erfahrungen, können die mit ihnen verbundenen Gefühle beherrschbar werden, und der Dialog beginnt, die Symptome zu kompensieren.
- Einzeltherapie kann den Offenen Dialog sinnvoll ergänzen.

sionals display genuine interest in what every person in the room has to say. There is never any suggestion whatever that someone may have said the wrong thing. Frequently, the professionals' response to what individuals in crisis have to say and to the way they express themselves opens up access to further descriptions and to other biographic experiences possibly underlying the crisis. Different approaches to dialogic inquiry are essayed. The exchanges in Open Dialogue often have an »anti-psychotic« effect above

and beyond the actual exchange itself, so that it is frequently possible to forgo neuroleptic medication.

**Keywords:** acute psychosis, schizophrenia, Open Dialogue, polyphony, anti-psychotic medication

### ➔ Bibliografie

Aderhold, V. (2017). Das Un-Wesen psychischer Krankheiten. Über den aktuellen Zerfall von Krankheitskonstruktionen

nen und den phänomenalen Nutzen der Konstruktionslücke. *Familiendynamik*, 42, 112–120.

DOI 10.21706/fd-42-2-112.

Bahktin, M. (1985). *Probleme der Poetik Dostoevkijs*. Frankfurt a. M.: Ullstein.

Bonoldi, I., Simeone, E., Rocchetti, M., et al. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Research*, 210, 8–15.

DOI 10.1016/j.psychres.2013.05.003

Fusar-Poli, P., & Meyer-Lindenberg, A. (2016). Forty years of structural imaging in psychosis: promises and truth. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 207–224.

DOI 10.1111/acps.12619.

Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). The Key Elements of Dialogical Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria. Online verfügbar unter: <https://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/> [letzter Zugriff am 30.10.2018].

Seikkula, J. (2003). Dialogue is the Change: Understanding Psychotherapy as a Semiotic Process of Bakhtin, Voloshinov, and Vygotsky. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management*, 14, 83–94.

Seikkula, J. (2008). Inner and Outer Voices in the Present Moment of Family and Network Therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 478–491.

DOI 10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x.

Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). Dialoge im Netzwerk. *Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*. Neumünster: Paranus Verlag.

Seikkula, J., & Alakare, B. (2015). Bedürfnisorientierter Ansatz und Offener Dialog. *Psychotherapie im Dialog*, 16, 28–33.

DOI 10.1055/s-0041-102233.

Seikkula, J., & Olson, M. (2003). The Open Dialogue Approach to Acute Psychosis: Its Poetics and Micropolitics. *Family Process*, 42, 403–418.

DOI 10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x.

Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44, 461–475.

DOI 10.1111/j.1545-5300.2005.00072.x.

Stanghellini, G., & Lysaker, P. H. (2007). The psychotherapy of schizophrenia through the lense of phenomenology. Intersubjectivity and the search for the recovery of first- and second-person awareness. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 163–179.

DOI 10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.2.163. ■



#### Anschrift des Verfassers

##### Dr. med. Volkmar Aderhold

Hansaplatz 4  
20099 Hamburg

Volkmar Aderhold, Jahrgang 1954, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Lehrender für systemische Therapie und Beratung (DGSP). Arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. Zehn Jahre Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf. Derzeit Mitarbeiter des Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald und Gastwissenschaftler der Klinik für Psychiatrie der Charité in Berlin. Freiberufliche Qualifizierungsmaßnahmen zum Offenen Dialog, Vorträge, Veröffentlichungen und Beratung von psychiatrischen Organisationen bei der Strukturentwicklung.



#### Anschrift der Verfasserin

##### Petra Hohn

Affektiv mottagning och mottagning för Unga vuxna  
Arenavägen 33, 7 tr  
12177 Johanneshov  
Schweden  
pethohn@gmail.com

Petra Hohn, Jahrgang 1961, diplomierte Krankenschwester, Master-Abschluss in »Teaching for Health Care«, Netzwerktherapeutin. Fortbildnerin für systemische Beratung sowie für Offenen Dialog. Leiterin des Behandlungszentrums für junge Erwachsene sowie des Behandlungszentrums für affektive Probleme an der Psychiatri Södra in Stockholm.