

# **Offener Dialog**

# **Bedürfnisangepasste Behandlung**

Volkmar Aderhold  
Hamburg  
Institut für Sozialpsychiatrie  
an der Universität Greifswald

# Leitlinien Psychosoziale Therapien

## DGPPN 2011

### Empfehlung 5:

**Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams** sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

### Empfehlung 6:

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Tab. 3.3 Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter

aus: Leitlinie Psychosoziale Therapien  
 b. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen DGPPN

	Metaanalyse Cochrane-Review	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Randomisierte kon- trollierte Studie
	Joy 2006	NICE 2009	Johnson 2005 McCrone 2009
<i>Krankheitsassoziierte Merkmale</i>			
↓ Sterbefälle	~	~	~
↓ Symptomschwere	+	+	+
↑ Allgemeinzustand	~	+	k. A.
<i>Behandlungsassoziierte Merkmale</i>			
↓ Stationäre Aufnahmen in akuter Phase	k. A.	++	++
↓ Stationäre Wiederaufnahmeraten	++	~	++ <sup>1</sup>
↓ Stationäre Behandlungszeiten	k. A.	++	++
↓ Behandlungsabbrüche	++	++	k. A.
<i>Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion</i>			
↑ Beschäftigungssituation	~	k. A.	k. A.
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten	~	k. A.	~
<i>Zufriedenheit und erlebte Belastungen</i>			
↓ Erlebte Belastungen, Angehörige	++	k. A.	k. A.
↑ Patientenzufriedenheit	++	++	+
↑ Angehörigenzufriedenheit	++	k. A.	k. A.
<i>Kosteneffektivität</i>			
↑ Kosteneffektivität	+	++	++

# Ambulantisierung

Modell	Land	Relation	Effekt Hospitalisierung	Weitere Effekte
Case Management	USA UK	1 : 1	∅	
Community Psychiatric Nurse Team	UK	1 : 1	∅	
Assertive Community Treatment	USA UK	Multiprof. Team +2 : 1 Pat (----->	↓↓↓	Zwang ↓
Crisis Resolution Team	UK	Multiprof. Team +2 : 1 Pat (-----)	∅ - ↓	
Need adapted Treatment	FI, S, N, (DK)	Multiprof. Team +2 : 1+Netzwerk Individuelle Psychotherapie <sup>4</sup>	↓↓↓	Haltung Arbeit ↑ Soziale Inklusion

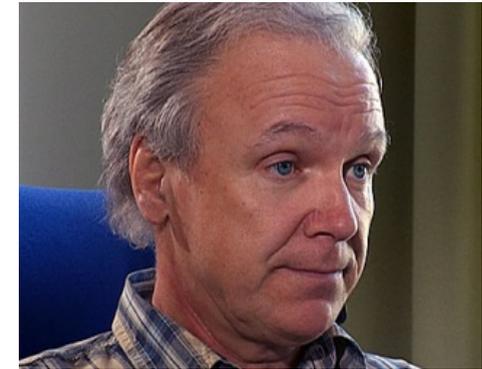
# Bedürfnisangepasste Behandlung und Offener Dialog

- Ein Modell der Ambulantisierung
- Mit psychotherapeutischer Kompetenz
- Fokus auf sozialer Inklusion

# Bedürfnisangepasste Behandlung und



Yrjö Alanen  
Klaus Lehtinen



## Offener Dialog



Jaakko Seikkula  
Birgitta Alakare



**Stellen Sie sich vor ...**

# Struktureller Kontext

- **Multiprofessionelle ambulante Teams**  
**+ Erfahrungsexperten im Team**
- Krisendienst 24 h
- Eventuell „Krisenwohnung“
- Akutstation im Krankenhaus

## Weitere Therapien bei Bedarf:

- **Individuelle Psychotherapie** (50 - 65 % b. Psychosen)
- **Kunsttherapie – Musiktherapie – Ergotherapie**
- **Unterstütztes Arbeiten** (Supported Employment)

# Organisatorischer Kontext

- **Sofortige Hilfe** in Krisen - der erste Anruf genügt.
- **Netzwerkgespräche in Krisen innerhalb 24 h**  
Fortlaufend nach Bedarf
- **Flexibilität und Mobilität** - zu Beginn tägliche NG möglich
- **Verantwortung** des Teams für den Rahmen
- **Beziehungskontinuität und psychologische Kontinuität** -  
so lange wie erforderlich

# Netzwerkgespräche

- **Netzwerkgespräche sind die zentrale Intervention.**  
Von Anfang an und so oft wie erforderlich
- Dauer **90 Minuten**. Mindestens **2 Teammitglieder**.  
Bei Bedarf weitere Professionelle
- Familienangehörige, Freunde, Nachbarn u.a. später  
Ausbilder, Lehrer, Arbeitskollegen, Arbeitgeber,  
amb. Psychotherapeut,
- Ziel ist es, die ambulante Behandlung so bald wie möglich  
**mit dem Alltagsleben des Patienten zu verbinden.**

# Netzwerkgespräche

## Bei Menschen mit psychotischem Erleben:

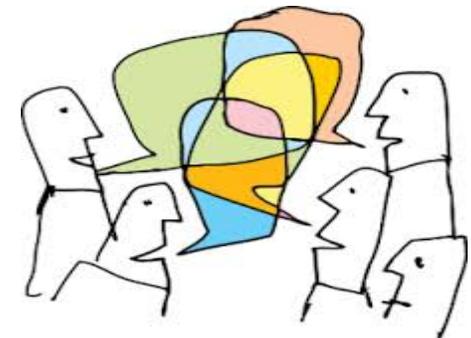
- Der **psychotische Klient** nimmt von Anfang an teil, d.h. auch während der intensivsten Zeit seiner Psychose. Besondere Zugang zu traumatischen biographischen Erfahrungen in den ersten 2 Wochen.
- **Selektive Anwendung von Neuroleptika bei Ersterkrankten** initiale Verzögerung um 3 - 4 Wochen, danach Entscheidung, ob noch erforderlich.

**Der Offene Dialog wird in West-Lapland bei allen Klienten angewandt/angeboten.**

# **Netzwerkgespräche als Offener Dialog**

# Beginn

- **Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen?**
- Genau zuhören
- Sich in jeden einfühlen.
- Sich innerlich berühren lassen.
- Garantieren, dass jede Stimme gehört wird.



# Aufrichtiges Interesse

„Mitglieder des therapeutischen Teams reagieren aus ihrem gesamten körperlichen Sein heraus und sind aufrichtig daran interessiert, was jede einzelne Person im Raum zu sagen hat.“

# Respekt und Annahme der Andersartigkeit

„Sie vermeiden dabei jede Anmutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte.“

Jeder hat einen guten Grund so zu sein und es jetzt so zu sehen.

# Mit den Worten der Klienten

- „Passe Deine Kommentare an das an, was von anderen gesagt wurde. **Wiederhole sogar Wort für Wort** und lass dann eine **kurze Pause**, so dass der Sprecher sagen kann, ob Deine Äußerung das war, was er sagen wollte ....
- Der Sprecher kann so seine eigenen Worte erneut hören und überlegen, ob es wirklich das war, was er sagen wollte und nachdenken, was es bedeutet seine Worte zu hören.“

# Polyphonie

- Vielschichtigkeit erwarten.
- Vielfältige Standpunkte erfragen.
- **Vielstimmigkeit** ist unvermeidlich - innerhalb des sozialen Netzwerks und auch innerhalb des Teams, transparent für das Netzwerk.
- Polarisierung erwarten und zulassen.
- **Allparteilichkeit** des Teams



# Polyphonie

Mikhail Bakhtin

1895 - 1975



- Weil immer unterschiedliche Standpunkte existieren, ist eine „Polyphonie“ und diskursive Interaktion vieler, auch nicht vereinbarere „Stimmen“ erforderlich, die diese Unterschiedlichkeit zwar *nicht* durch eine gemeinsame Wahrheit überwinden können, **jedoch können echte Dialoge zu neuen Sichtweisen in den jeweils spezifischen Lebenskontexten führen.** Dies ist ein niemals abgeschlossener Prozess.

# Jenseits von „gesund“ und „krank“

- „Der gleichwertige, ‚kollaborative Austausch‘ aller birgt die Möglichkeit, dass ein **neues gemeinsam geteiltes Verstehen in Vielstimmigkeit** entsteht, bei dem jeder einen bedeutsamen Teil beigetragen hat.
- Eine Rangordnung gibt es dabei nicht und die **Unterscheidung zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ wird unwichtig.“**

Olsen Seikkula et al 2014

# Betonung der Erzählungen/Erfahrungen statt der Symptome

- **Sicherheit** geben, damit über alle Themen gesprochen werden kann, auch über die schwierigen und damit bisher **„Noch-nicht-Gesagtes“** ausgesprochen werden kann.
- Schwerwiegende Symptome werden als Verkörperung unaussprechlicher Dilemmata aufgefaßt, die oft auf **unerträgliche oder traumatische Ereignisse** zurückgehen.
- Was ist vor der Krise im Leben passiert?

# Das bisher noch nie Gesagte

- Psychotische Menschen sprechen oft **über reale Vorkommnisse ihres Lebens**, die z.T. bedrohlich, bisher unausgesprochen und unverarbeitet sind.
- Das Teilen schwieriger Probleme kann bedrohlich sein, wenn frühere Versuche zu schmerzhaften Fehlschläge geführt haben.
- Günstiges Zeitfenster zu Beginn.

# Heilsame Dialoge

- „Wenn die neue Sprache das Original erfasst, die unausgesprochene, beunruhigende Geschichte und der Kontext in dem die Symptome zuerst aufgetaucht sind, dann **beginnt der Dialog Symptome zu kompensieren**. .... Die mit ihnen verbundenen Gefühle werden beherrschbar.“

Seikkula & Trimble 2005

# Erfahrungsexperten und Dialog

- **Erfahrungsexperten** haben besondere Fähigkeit, Übersetzer für Menschen in Krisen zu sein. Hoffnungsträger v.a. auch für Angehörige.
- **Betonung des Dialogs** und **nicht** das Fördern von Veränderungen im Patienten und in seiner Familie.
- „Anpassung der antwortenden Worte an den aufkommenden natürlichen Rhythmus der Konversation.“
- **Prozessorientierung** statt Lösungsorientierung



# Betonung des gegenwärtigen Moments

- Auf Reaktionen, Gesten und **Gefühle** im Hier und Jetzt reagieren.
- **Als Professioneller eigene Gefühle aussprechen.**
- Momente des **Schweigens** für innere Dialoge



# Begegnungsmomente

„Die gemeinsame Reise dauert zwar nicht länger als die Sekunden, die ein Begegnungsmoment hat. Aber das reicht aus. Sie wurde gemeinsam durchlebt. Die Beteiligten haben eine private Welt erzeugt, die sie miteinander teilen. Wenn sie jene Welt wieder verlassen, werden sie feststellen, dass ihre Beziehung sich verändert hat.“

(Daniel Stern)





# “Reflektieren” (Tom Andersen)

- Wertschätzung von allen Anwesenden
- Was habe ich für mich wichtiges gehört?
- Was hat mich berührt?
- Welche Fragen sind mir gekommen?
- Auch eigene Gefühle einbringen.

# Die eigene Unsicherheit aushalten

- Keine vorschnellen Erklärungen, Schlussfolgerungen, Lösungen
  - Bereitschaft den eigenen Standpunkt zu bezweifeln und zu verändern.
  - **Innere Polyphonie**
- 
- Auch Expertenwissen ist subjektiv
  - Auch Expertenwissen sollte polyphon sein



# Prozessorientierung und Transparenz

- Schritte und Lösungen sollen im Netzwerk entstehen.
- Möglichst normal (soziale Inklusion)
- Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings und der Behandlungsschritte.
- **Transparenz** durch offene Diskussion anstehender Entscheidungen mit dem Netzwerk, auch bei unterschiedlichen Positionen im Team.



# Konkrete Schritte

- Konkrete Schritte verabreden in Krisen sehr kurzfristig.
- (Wann) sollen wir uns wieder treffen?
- Sollte jemand zusätzlich eingeladen werden?

# Von der Methode zu grundlegenden Werten

"Wir verschieben den Fokus in einem Netzwerk von einer Intervention hin zur Erzeugung von Dialogen und machen damit auch einen Schritt von der Anwendung einer bestimmten therapeutischen Methode zu mehr grundlegenden menschlichen Werten."

Seikkula & Trimble 2005

# Eine fürsorgliche einfühlsame Gemeinschaft

„Das Drama des Prozesses liegt nicht in einer brillanten Intervention durch die Profi, aber in dem emotionalen Austausch zwischen den Netzwerkmitgliedern einschließlich der Profis, die zusammen eine fürsorgliche einfühlsame Gemeinschaft herstellen oder wieder herstellen.“

Seikkula & Trimble 2005

Wers' nicht erlebt hat, kann nicht glauben, welche Wirkung dialogische Netzwerkgespräche oft haben.

# Wirkung von Netzwerkgesprächen

- Reduktion von Hospitalisierung
- Reduktion von Rückfällen
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung des psychosoziales „Funktionsniveaus“
- Verstärkt die Wirkung der weiteren Therapien
- Aktivierung sozialer Ressourcen
- Förderung der sozialen Inklusion
- 40-70% psychotischer Klienten ohne Neuroleptika

# Finnish National Schizophrenia Project

## 1981-1987: 10 year evaluation of its results

The percentage decrease in the number of long-stay patients with a diagnosis of schizophrenia in Finland during 1982-1992	Follow-up Period		
	1982-1986	1986-1992	1982-1992
Old (hospitalized 2+ yrs)	22%	59%	68%
New (hospitalized for >1 but <2)	14%	54%	60%
Total	21%	57%	63%

Resources/ 1000 people	Year				
	1982	1986	1990	1992	2000
Psychiatric beds	4.1	2.9	2.5	1.9	2.0
Staff in out-patient care	2.7	3.8	4.7	5.1	6.6
Day Hospital beds	?	0.17	?	0.13	0.4-0.7
Sheltered homes	0.19	0.32	.28	.25	0.4-0.7

# Finnish National Schizophrenia Project 1981-1987: 10 year evaluation of its results

Families at network meetings		
Frequency	Sites	%
Families always met with	25	41
In most cases (60-90%)	24	39
Often (40%- 60%)	9	15
Sometimes (5-40%)	3	5
Never (<5%)	0	0

Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jaaskeliainen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., Pylkkanen, K., et al. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10 year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10–17

29

36

# Evaluation nach 5 Jahren West-Lappland

59 Ersterkrankte mit nicht-affektiven Psychosen

Anzahl der Netzwerktreffen	in 2 J	<b>21</b>
	in 5 J	<b>25</b>
mit weniger Erfahrung	in 5 J	<b>35</b>

**Tage im Krankenhaus: 17**

Anzahl der Rückfälle über 5 Jahre: 30 %

ohne psychotische Restsymptome: 82 %

**in Arbeit und Studium: 76 %**

z. Zt. arbeitslos: 10 %

ohne Neuroleptika über 5 Jahre: 70 %

davon „Schizophrenie“ ohne NL 55 %

# Evaluation von 3 historischen „Kohorten“

	API 1992-1993	OD 1994-1997	OD 2003-2005
Zahl der TN			
- Bei Studienbeginn	39	51	27 (gesamt 117)
- Nach 2 Jahren	33	43	18 (gesamt 95)
Durchschnittsalter	26 J.	26 J.	20 J.
Dauer unbehandelte Psychose	<b>4,3 Monate</b>	3,3 Monate	<b>0,5 Monate *</b>
Diagnose/DSM-III-R			
-Schizophrenie	<b>13 (38%)</b>	19 (41%)	<b>4 (22%)</b>
- Kurze psychotische Episode	5 (15%)	11 (24%)	<b>7 (39%) *</b>
-Schizophrenieform	<b>9 (26%)</b>	6 (13%)	3 (17%)
-Psychosen (sonstige)	7 (21%)	10 (22%)	4 (22%)
<b>Psychotische Symptome nach 2 Jahren:</b>			
<b>Keine</b>	<b>&gt; 80%</b>	<b>&gt; 80%</b>	<b>&gt; 80%</b>

20% der Bevölkerung hat an Netzwerkgesprächen teilgenommen.  
Hohe Akzeptanz der Teams. Dadurch Verkürzung der DUP.

	API 1992-1993	OD 1994-1997	OD 2003-2005
<b>Zahl an Rückfällen</b>			
<b>keine</b>	<b>25 (74%)</b>	<b>38 (83%)</b>	<b>13 (72%)</b>
<b>Therapieversammlungen</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>23</b>
<b>Individuelle Psychotherapie</b>	<b>33 %</b>	<b>46 %</b>	<b>67 %</b>
<b>Krankenhaustage</b>	<b>25,7</b>	<b>9,3</b>	<b>13,6</b>
<b>Gebrauch von NL</b>			
- Mindestens einmalig	9 (26%)	12 (26%)	9 (50%)
- Kontinuierlich	<b>5 (15%)</b>	<b>5 (11%)</b>	<b>5 (28%)</b>
<b>Arbeitsstatus nach 2 Jahren</b>			
- <b>Arbeit oder Studium</b>	<b>21 (62%)</b>	<b>35 (78%)</b>	<b>13 (72%)</b>
- Arbeitslos	4 (12%)	6 (13%)	2 (12%)
- Rente	9 (26%)	4 (9%)	4 (16%)

**Je kürzer die DUP, desto zurückhaltender mit neuroleptischer Medikation.**

# Internationale Verbreitung

## Regionen:

Finnland – Norwegen - Schweden – Dänemark -

Litauen – Deutschland – Polen - USA – Grossbritannien

Italien – Schweiz - *Australien – Niederlande - Japan*

# Umsetzung in Deutschland

**Eine vollständige Umsetzung des Originalmodells ist in Deutschland bisher nicht möglich.**

## **Partielle Umsetzung**

- Träger mit Integrierter Versorgung 22
- Kliniken mit regionalem Budget (64b) 9
- Kliniken ohne regionales Budget 4
- Träger mit SGB XII Finanzierung 15
- Erfahrungsexperten im der Fobi ca. 25

# **„Dosis“ von Netzwerkgesprächen ohne Hometreatment akut**

**3-6 Netzwerkgespräche im ersten Jahr**

**2-4 im zweiten Jahr**

## **Effekte**

Senkung der Hospitalisierungsrate

Meist hohe Behandlungszufriedenheit aller

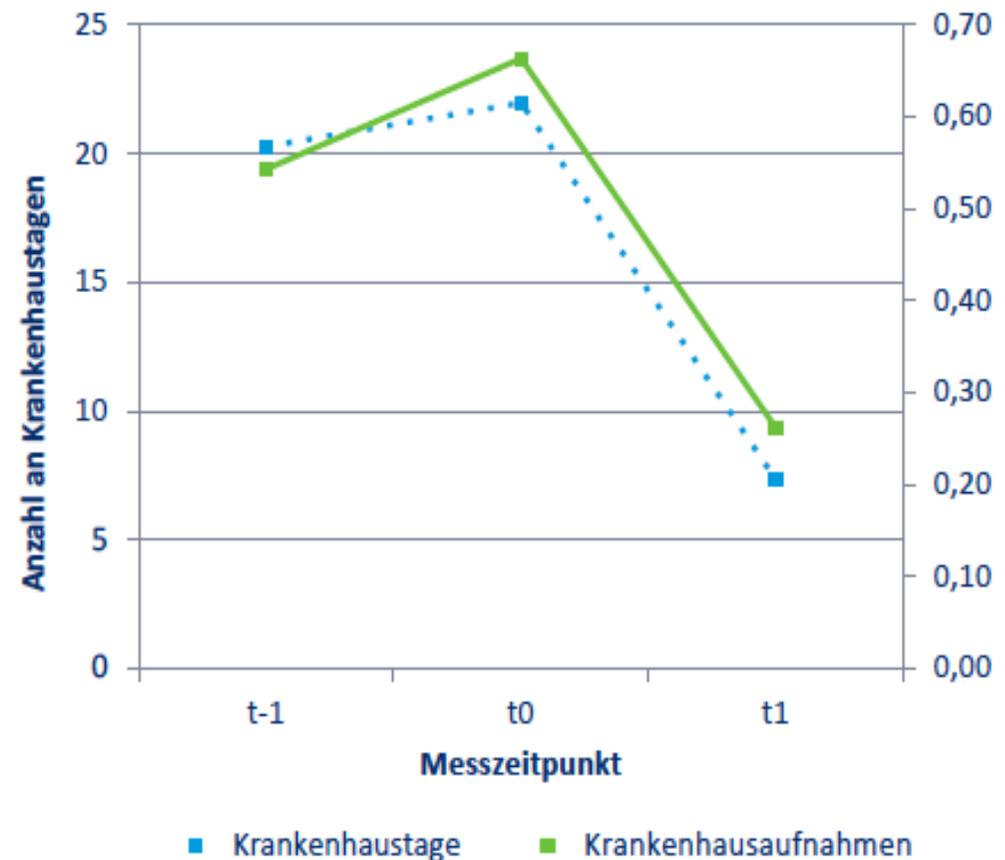
Unerwartet positive Entwicklungen

N = 4354

# Quantitative Ergebnisse: Krankenhaustage bzw. -aufnahmen

- **Zeiträume:**
  - § t-1: zwei Jahre bis ein Jahr vor Eintritt ins Netzwerk
  - § t0: ein Jahr vor Eintritt bis zum Eintritt ins Netzwerk
  - § t1: ab Eintritt bis ein Jahr nach Eintritt ins Netzwerk
- **Patientenzahl:** 4.354
- **Anzahl Krankenhaustage pro Patient**
  - t-1 = 20,27 Tage
  - t0 = 21,99 Tage
  - t1 = 7,36 Tage

Durchschnittliche Anzahl an KH-Aufnahmen und -Tagen im Zeitverlauf



# Schlussfolgerung

Der **gesamte Grundhaltung** entsteht aus

- angemessenen Strukturen
- Handlungsprinzipien
- methodischer Kompetenz
- einer ethischen Grundhaltung, die Würde, Freiheit und Selbstbestimmung verwirklichen will.

# Zentrale Komponenten (Seikkula)

- In Krisen sofort
- Netzwerke einbeziehen
- Dialogische Netzwerkgespräche
- Keine oder geringe Medikation
  
- Individuelle Psychotherapie

**Vielen Dank  
für die  
Aufmerksamkeit**

# Haltungen der Professionellen

- Jede Krise/Behandlung/Betreuung ist einmalig
- Normalisierung
- Normale Lösungen haben Vorrang
- Lösungen/Schritte sind schon im System
  
- Polyphonie im Team
- Expertenwissen ist subjektiv
- Toleranz von Unsicherheit in einem als ausreichend sicher erlebten Therapiekontext

# Haltungen

- Dialogik
- Es gibt keine Wahrheit
- Durch ernsthafte Dialoge zwischen Menschen entstehen neue, jedoch immer subjektive Wirklichkeiten.
- Eine Sprache finden für Erfahrungen, die noch keine Sprache haben.
  
- Veränderung geschieht vor allem durch Begegnungen und Begegnungsmomente
- Prozessorientierung

# Haltungen

- Professionelle Helfer sind auch ein Teil des Problemkontextes.
- Authentische Selbstreflektion der Professionellen mit dem Netzwerk.
- Veränderung des eigenen Handelns der Professionellen statt Veränderung der anderen.