Offener Dialog

Geschichte
Prinzipien und Schlüsselelemente

Volkmar Aderhold
Hamburg
Institut für Sozialpsychiatrie
an der Universität Greifswald

Es begann ab 1968 in Turku, Finnland

- Mit einem offenen Lehrstuhlinhaber ab **1969**:
  Offen im Geist und mit dem Herzen: **Yrjö O. Alanen**

- Ein Arzt und eine lt. Krankenschwester importierten systemisches Denken und Handeln nach Turku ab **1980: Klaus Lehtinen** und **Riitta Rasimus,**
- V**iljo Räkköläinen,** Arzt soll ich auch erwähnen.

- Eine Krankenschwester Hilkka Virtanen wird später Teamleiterin des ersten amb. Psychoseteams

Bedürfnisangepasste Behandlung

Yrjö Alanen

Klaus Lehtinen

Riitta Rasimus

Y.O. Alanen

Ein Buch über sein Lebenswerk

Bedürfnisangepasste Behandlung

- Systemiker aus Heidelberg machen die ersten **Fortbildungen für alle Berufsgruppen:** Helm Stierlin, Michael Wirsching

- Die **„Therapieversammlung“** mit der Familie und dem sozialen Netzwerk von Anfang an wird erfunden.

- Nach einigen Jahren die ambulanten „**Psychoseteams“**

Therapieversammlungen

- „Es handelte sich nun nicht mehr um Menschen, die von einer mysteriösen Psychose geplagt waren, welche man ausschließlich in einer komplexen psychoanalytischen Terminologie und als frühkindliche Entwicklungsstörung verstehen konnte. Vielmehr hatten die Patienten nunmehr reale Probleme im Alltag, welche ihre Psychose offensichtlich auch erklären konnten.“
- „Ein *gemeinsames systemisches Verständnis darüber erlangen, wie die Psychose mit der vergangenen und gegenwärtigen Entwicklung in Verbindung steht.*“

Bedürfnisangepasste Behandlung
Zwei ethische Imperative

- „Jeder ist vor allem Mensch als irgend etwas anderes. Egal wie der Patient leidet, er ist vor allem ein Mensch, wie der Psychiater auch.“ (H.S. Sullivan 1953)

- „Daher müssen **alle Menschen, die Patienten behandeln**, das Recht haben, ihr grundlegendes Einfühlungsvermögen in vollem Umfang zu nutzen, um das eigene und das kulturelle Kapital ihrer Patienten zu steigern.“

Bedürfnisangepasste Behandlung
Einige Prinzipien

- „Eine **stetige und eindeutige Unterstützung durch die Administratoren** ist die wichtigste Voraussetzung für die Akutpsychose-Teams. Um dies zu gewährleisten, finden **regelmäßig klinisch ausgerichtete Treffen** zwischen den Mitarbeitern und der Führung statt.“

- „**Schaffen Sie ein inspirierende Arbeitsatmosphäre**, die die multiprofessionellen Teams in die Lage versetzt ihre Fähigkeiten in Therapie und Rehabilitation so weit wie möglich zu entwickeln.“

Prinzipien

- **„Der Patient soll in Situationen, die ihn und seine Behandlung betreffen, anwesend** sein. *Er hat als Experte für seine eigenen Lebenssituation zu gelten. Wenn der Patient beteiligt wird, so hilft ihm dies, seine Realitätskontrolle zurückzugewinnen. Es ist Aufgabe der Mitarbeiter, Gespräche so zu moderieren, dass dies möglich wird.“*
- „Selbst die schweren psychotischen Erkrankungen können **ohne Neuroleptika oder mit geringen Dosen** behandelt werden, sofern der Kontext ein intensives psychosoziales Vertrauen in die Behandlung gewährleistet.“

Die Projekte

PROJEKT	**Einzugsgebiet Einwohnerzahl**
Turku Schizophrenia Project ab 1968	160.000
National Schizophrenia Project 1981 - 1987	**1,100.000**
Kupittaa Project, Turku 1989 - 1992	80.000
Integrated Treatment of Acute Psychosis Project (API) 1992-1997	**600.000**
Western Lapland Project ab 1987	**75.000**
Tampere Psychosis Project, 1994	160.000
Kainuu Project, 1992	75.000
Oulu Project 2008	150.000

Reflektierendes Team

- Tom Anderson (1936 – 2007)
- Prof. für Sozialpsychiatrie Universität Tromsø, Norwegen
- **Reflektierendes Teams** (1985)
- **Dialogische systemische Praxis**
- Mentor und Wegbereiter für viele

Offener Dialog - West-Lappland

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 24 h** von Beginn an und fortlaufend
- **Flexibilität und Mobilität -** zu Beginn tägliche NG möglich
- **Verantwortung** des Teams für den Rahmen
- **Beziehungskontinuität und psychologische Kontinuität -** so lange wie erforderlich

Verantwortung

- Derjenige der zuerst kontaktiert wird ist verantwortlich das erste Treffen zu arrangieren.
- Das Team übernimmt den ganzen Prozess, ungeachtet des Ortes der Behandlung.

Sofortige Hilfe

- „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.“

Seikkula & Alakare 2015

Psychologische Kontinuität

- Dasselbe Team im Krankenhaus wie im ambulanten Setting.

- Möglichst persönliche Kontinuität der (Kern-) Teammitglieder über den gesamten Behandlungs-zeitraum von möglicherweise mehreren Jahren.

- Das Team soll helfen, neue psychologische Bedeutungen für die Symptome zu finden und die Erfahrung eines gemeinsamen Prozesses sicherzustellen.

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

Netzwerkgespräche

- **Netzwerkgespräche sind die zentrale Intervention.**
  Von Anfang an und so oft wie erforderlich

  In **West-Lappland bei allen Klienten angewandt/angeboten.**

- 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

Arbeit mit den wichtigen natürlichen Bezugspersonen

natürlichen Beziehungen und **Bindungen**

Persönliches Netzwerk als Ressource

Die potentesten Netzwerke sind

die privaten Netzwerke.

Netzwerkgespräche - Kernideen

Behandlungsprozess gemeinsam mit dem Patienten und sozialem Netzwerk **strukturieren**.

Sicherer Rahmen
Raum für **Begegnung**, Verstehen und Verständigung

Veränderungen durch
emotionale Erfahrungen und
gemeinsames Nachdenken.

Netzwerkgespräche - Haltung

Haltung von Respekt, Wertschätzung, Offenheit

Größtmögliche **Gleichwertigkeit** aller

Vermeiden von Routinen und dauerhaften Schlussfolgerungen

Aushalten von Unsicherheit

Veränderung des eigenen Handelns der Professionellen statt Veränderung der anderen.

Schlüsselelemente von Netzwerkgesprächen

1. ZWEI (ODER MEHR) THERAPEUTEN IM NETZWERKGESPRÄCH

Ausgebildet im Offenen Dialog

Dies ermöglicht es Fragen zu stellen und zu Reflektieren

Arbeit im Team ist auch essenziell in Krisen

2. TEILNAHME DER FAMILIE UND DES NETZWERKS

Einbeziehung der Familie und des sozialen Netzwerks als Partner in den Prozess

Flexibilität und Bereitschaft aller Beteiligten sind entscheidend.

Nicht alle in allen Sitzungen

Mit Zustimmung des Betroffenen

3. OFFENE FRAGEN STELLEN

„Wie ist die Idee für dieses (erste) Gespräch entstanden?“

&

„Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen?“

Beginn

- 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.“

„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.“

(Seikkula 2008, S. 481)

4. EINE ANTWORT GEBEN AUF DIE ÄUSSERUNGEN DER KLIENTEN

Verwendung der Worte der Klienten

Antwortendes Zuhören OHNE ABSICHTEN

Nonverbale Einstimmung & Schweigen

Dialogisch sein

- „Dialogisch zu Arbeiten bedeutet insbesondere, **dass sich die jeweilige Person gehört fühlt,** was den Anfang jedweder Veränderung darstellt.

(Olson u.a. 2014, S. 5)

Mit den Worten der Klienten

- **Fragen stellen**, die das zuvor gesagt mit diesen Worten aufnehmen.

- **„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.“

(Seikkula 2008, S. 481)

Die eigene Stimme und Antwort finden

Wenn dieser Prozess den Netzwerkteilnehmern ermöglicht, ihre **jeweilige eigene Stimme** zu finden, werden sie **auch** zu **jemandem, der sich selbst antwortet**.“

7. VIELFÄLTIGE SICHTWEISEN DEUTLICH WERDEN LASSEN

Wir streben keinen Konsens an.

Äußere Polyphonie:

Jedem sollte zugehört werden.

Innere Polyphonie:

Wir hören zu und beziehen uns auf die vielfältigen Ansichten und Stimmen jeder Person und in uns.

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.

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 vereinbarer „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

Innere Polyphonie der Netzwerkteilnehmern

- Dazu einladen auch unterschiedliche eigene Sichtweisen, innere, auch widersprüchliche Stimmen, die gleichzeitig bestehen, auszusprechen.

  Sichtbar durch innere Bewegtheit, mimische Veränderungen, Körperbewegungen.

Verlangsamung – sich umschauen

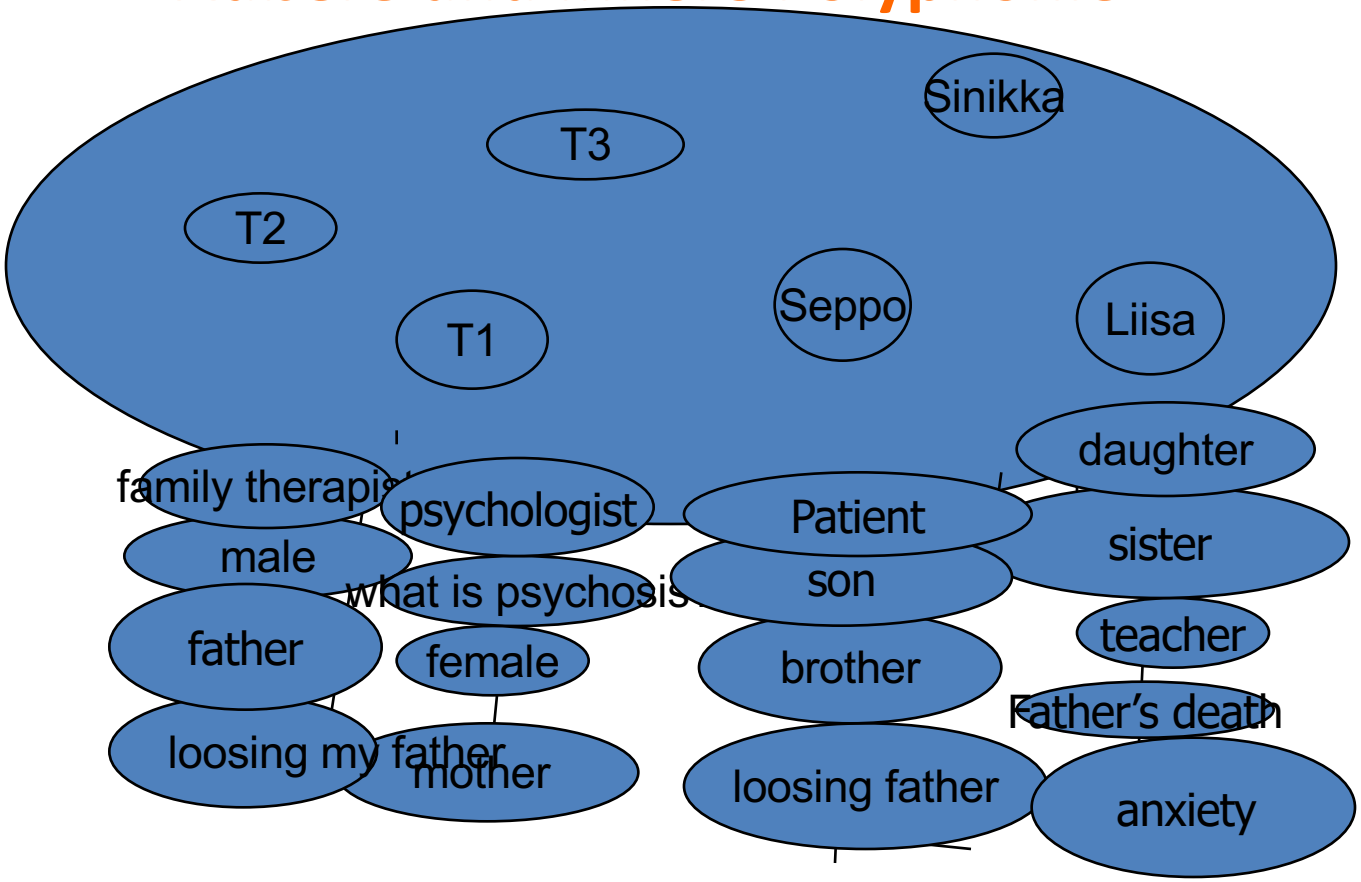
Blickkontakt - Direktes Ansprechen

Innere Polyphonie der Therapeuten

- 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.

Äußere und Innere Polyphonie



- ”Vertical polyphony” = ”inner voices”
- ”Horizontal polyphony” = people present

Innere Polyphonie der Moderatoren

- Ein **erlebendes** und ein **professionelles Selbst** sind in einem Dialog über das weitere Handeln im Gespräch.

- Das professionelle Selbst ist der **Ratgeber**, welche Handlung die nächste sein sollte.

Metakommunikation der Moderatoren:
Reflektieren über die Gesprächsführung

- Ein kurzer Austausch über diese sonst nur inneren Dialoge mit dem 2. Moderator vor den anwesenden Gesprächsteilnehmern.
- Dafür braucht man eine verlässliche respektvolle auch „innere Sprache“.
- Die Antwort über das weitere Vorgehen sollte möglichst gemeinsam mit den anderen Gesprächsteilnehmern gefunden werden.

Therapeuten als Teil des Dialogs

- „Die Fokussierung auf Dialog als Form der Psychotherapie verändert die Position der Therapeuten, die nicht länger als ‚Interventionisten‘, sondern als Teilnehmer in einem gegenseitigen Prozess des Äußerns und Reagierens handeln.“

Seikkula & Trimble 2005

5. BETONUNG DER WORTE UND ERZÄHLUNGEN DER KLIENTEN, NICHT DER SYMPTOME

Wir laden dazu ein, mehr aus dem Leben und von den Erfahrungen der Betroffenen zu erzählen als von Symptomen.

Wir fassen schwere Symptome auch als verkörperte Dilemmata auf, für die es noch keine Worte gibt.

Wir achten auf die Worte, die Zugang zu der Leidensgeschichte einer Person geben können.

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.

Misshandlung in Deutschland

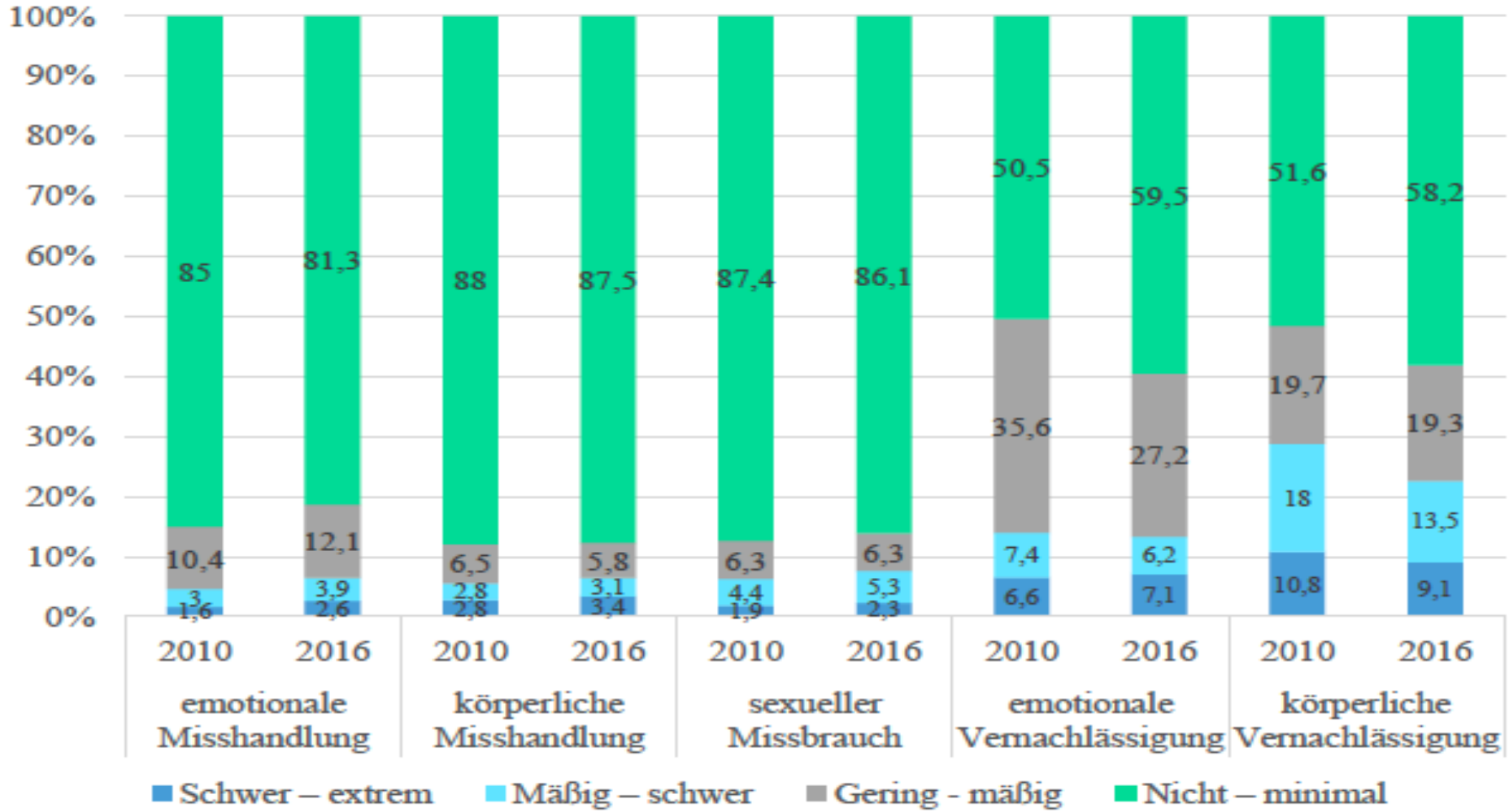


Abbildung 1. Häufigkeit verschiedener Formen von Misshandlung 2010 und 2016 auf Basis von Häuser et al. (2011) und Witt et al. (2017)

Betonung der Erzählungen/Erfahrungen

- Einzelne **Schlüsselworte** der Klienten können der Zugang dazu sein.
- Auch einzelne hinweisende, nicht ganz verständliche Worte (Neologimen) in den spontanen Erzählungen können der Zugang zu diesen unausgesprochenen Erfahrungen sein.
- Diese Worte und Formulierungen sollten aufgegriffen und mit der Einladung verbunden werden, mehr dazu zu sagen.

Unverständlichkeit

- **Unverständlichkeit** wird dabei weniger als psychopathologisches Merkmal sondern als bedeutsamer Ausdruck eines erschwerten Zugangs zu Selbstgewissheit und Selbstverständnis aufgefasst, sowie als Angst vor dem Aussprechen und den damit befürchteten Reaktionen.
  Dies kann auch auf andere Anwesende zutreffen.
- Es geht dann zunächst darum, einen intersubjektiven Raum zu schaffen, in dem durch innere und äußere Dialoge ein Selbstgefühl entstehen kann.

(Stanghellini & Lysaker 2007)

Menschen in psychotischem Erleben

- Vollständige Akzeptanz des Ausgesprochenen.
- Psychotische Erfahrungen wie Tatsachen betrachten.

- Worte und Formulierungen des Betroffenen benutzen
- Normalisierende Sprache.
- **Keine** Interpretation oder alternative Sichtweise anbieten.

- Rekonstruktion vieler Details und schwieriger Gefühle.

In kommunikativen Fluss/Dialog kommen

- Sehr oft gelingt ein zunehmend verständliches Gespräch innerhalb von 20-30 Minuten. Es ist dafür nur wichtig, in den Wirren des oft „psychotischen“ Beginns nicht die Orientierung, Geduld und Unsicherheitstoleranz zu verlieren.
- Werden wir Professionellen als vertrauenswürdige Gesprächspartner erlebt, wird oft eine für uns verständliche(re) Sprache möglich.

6. AUF DEN AUSTAUSCH ÜBER PROBLEME UND VERHALTEN WIE AUF TATSACHEN REAGIEREN UND AUF BEDEUTUNGEN ACHTEN

Wir suchen nach Bedeutungen und Logik in der Reaktion und dem Verhalten einer Person.

Wir sehen Symptome/Probleme als sinnvoll im Kontext.

Wir benutzen normalisierende Sprache und Gespräche.

Das bisher noch nie Gesagte

- **Menschen in psychotischem Erleben** sprechen oft über reale Vorkommnisse ihres Lebens, die z.T. bedohlich, bisher unausgespochen und unverarbeitet sind.

- Was ist im Leben **vor der Krise** passiert?
- Die Geschichte und der Kontext, in dem die ersten Symptome entstanden sind, sind von besonderer Bedeutung.

- Das Mitteilen schwieriger Probleme kann bedrohlich sein, wenn frühere Versuche zu schmerzhaften Fehlschlägen geführt haben.

Mit den Worten der Klienten

- „Wenn man die **Alltagssprache der Klienten** benutzt, die sie gewohnt sind, erleichtern die Fragen der Teammitglieder, dass Geschichten erzählt werden, die alltägliche Details und schwierige/schwere Emotionen beinhalten, die in Verbindung mit den Ereignissen stehen, die berichtet werden.
- Indem andere Netzwerkteilnehmer von den Teammitglieder um Kommentare zu dem gebeten werden, was gesagt wurde, helfen sie ein **vielstimmiges Bild des Ereignisses** entstehen zu lassen.“

Seikkula 2008

Worte finden für Erfahrungen

- So können neue Worte und eine gemeinsame Sprache für Erfahrungen gefunden werden, für die es bisher keine Worte oder Sprache gab.

Besonderes Zeitfenster („window of opportunity“)

- „Während der ersten Tage einer Krise scheint es möglich zu sein, über Dinge zu sprechen, deren Thematisierung später schwer fällt. Halluzinationen können zu Beginn einer Krise oft gut genutzt und reflektiert werden.
- Das Fenster zu diesen extremen Erfahrungen scheint nur in den ersten Tagen/Wochen offen zu stehen.
- Dies lässt jedoch häufig rasch nach, und die Chance, mit ihnen umzugehen, ergibt sich dann oft erst wieder nach Monaten einer Einzeltherapie.“

Seikkula & Alakare 2015

Gefühle und Lebensgeschichte

- Auch mit **extremen Gefühlen** wie Wut, Depression, oder Angst, spricht der Klient manchmal Themen an, die bisher noch nicht ausgesprochen wurden.

- **Je intensiver die ausgedrückten Gefühle, umso besser oft der Verlauf.**

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.

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

9. IM DIALOG DEN FOKUS LEGEN AUF BEZIEHUNGSASPEKTE

Wir verstehen Schwierigkeiten und Herausforderungen als eingebettet in Beziehungen.

Wir sind an den unterschiedlichen Beziehungen interessiert und fragen danach.

- zum angesprochenen Problem
- untereinander

8. BETONUNG DES GEGENWÄRTIGEN AUGENBLICKS

Auf unmittelbare Reaktionen der Anwesenden Antworten (verbal und non-verbal)

Emotionen zulassen

Der gegenwärtige Augenblick

- Respektvolles reagieren auf das, was bei einzelnen Teilnehmern gerade passiert: **Mimik, Gesten, Gefühle**
- Intensive Gefühle können entstehen.
- Gefühle können durch Sprache besser verstanden werden und im Dialog aufgegriffen werden.
- Was bedeutet diese Vergangenheit für die Gegenwart?
- Als Professioneller auch eigene Gefühle aussprechen.

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

Begegnungsmomente

„Beide sind verändert und sie sind auf eine neue Weise miteinander verbunden, weil sie einander verändert haben.“

Daniel Stern

Begegnungsmomente

„Gemeinsame Gefühlsreisen gehören zu den verwunderlichsten und dennoch normalsten Vorgängen des Lebens und können unsere Welt Schritt für Schritt oder auch in einem einzigen großen Sprung verändern.“

Daniel Stern

Schweigen

- Momente des Schweigens für innere Dialoge sind wertvoll.

Schweigen

- Das waren nur 10 Sekunden.

10. REFLEKTIONEN UNTER DEN PROFESSIONELLEN IM NETZWERKGESPRÄCH

Reflektionsprozesse:

Therapeuten denken laut über das Gehörte und ihre eigenen Reaktionen nach.

Behandlungsplanung:

offene Diskussion über die Behandlungsmöglichkeiten

“Reflektieren” (Tom Andersen)

Die Augen sind nicht auf die Gesprächsteilnehmer gerichtet

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

Mitglieder des Netzwerkes können dann antworten.

11. TRANSPARENT SEIN

Alle Gespräche über die Behandlung werden mit allen Netzwerkteilnehmern geteilt.

„Nichts über mich ohne mich.“

Verwendung von Reflektionen dafür.

Prinzip der Transparenz

„**Transparenz** durch offene Diskussion des Problemverständnisses, der Behandlung und anstehender Entscheidungen mit dem Netzwerk, auch bei unterschiedlichen Positionen im Team.“

12. AUSHALTEN VON UNSICHERHEIT

Wir vermeiden (vor)schnelle Entscheidungen und wollen langsam Verstehen.

Wir wollen die Sicherheit im Netzwerk erhöhen.

Wir haben die Auffassung, dass Fachleute nicht die Antwort haben, sondern Teil des Dialogs sind.

Prozessorientierung und Transparenz

- Schritte und Lösungen sollen im Netzwerk entstehen.
- Möglichst normal (soziale Inklusion)

- Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings und der Behandlungsschritte.

Die eigene Unsicherheit aushalten

- Keine vorschnellen Erklärungen, Schlussfolgerungen, Lösungen
- Bereitschaft den eigenen Standpunkt zu bezweifeln und zu verändern.

- Auch Expertenwissen ist subjektiv
- Auch Expertenwissen sollte polyphon sein
- Das Expertenwissen der Polyphonie hinzufügen

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

Wirkungen des Offenen Dialogs

- Reduktion von Hospitalisierung
- Reduktion von Rückfällen
- Abbau von Betten: 50% über 10 Jahre
  im *„National Schizophrenia Project“ (Finnland)*
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung des psychosozialen „Funktionsniveaus“
- **Hohe Rate Integration 1. Arbeitsmarkt (75% b. Psychosen**)
- **40-70% psychotischer Klienten ganz ohne Neuroleptika**
- Aktivierung sozialer Ressourcen

Methodische Einschränkungen

- Bisher kein RCT → nicht in S 3 Leitlinienempfehlungen
- 1 quasi-experimentelle multizentrische Vergleichsstudie (API)
- 3 historische, vergleichende Kohortenstudien
- 3 Follow up Studien nach 2-5-20 Jahren
  - Rating durch Praktiker – keine Verblindung
  - Kleine Studien N = 27-51 = 117

- 16 Qualitative Studien

Aktuelle Evaluationsforschung

- Seit Ende 2018:

  RCT in Großbritannien durch den NHS: N=640

  Größte psychosoziale/psychotherapeutische Studie im UK „ever“.

- In Vorbereitung:

  internationale Multicenter-Studie

  Teilnahme Dtschld?

- Seit 2019

  Multizentrische „Innofondstudie“ in Dtschd

  Fokus Vernetzung, OD nur in Teil der Regionen

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, auslaufende Verträge 22
- Kliniken mit regionalem Budget (64b) 9
- Kliniken ohne regionales Budget 4
- Träger mit SGB XII Finanzierung 15

„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

Zentrale Komponenten (Seikkula)

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

- Individuelle Psychotherapie
- Weitere individuell bedürfnisangepasste Hilfen
- Vorrang normalisierender, sozial inklusiver Unterstützung

Vielen Dank
für die
Aufmerksamkeit

Evaluation von 3 historischen „Kohorten“

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

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

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

Je kürzer die DUP, desto zurückhaltender mit neuroleptischer Medikation.

Evaluation nach 5 Jahren West-Lappland

Ersterkrankte nicht-affektive Psychosen

Anzahl der Netzwerktreffen	in 2 J	21
	in 5 J	25
mit weniger Erfahrung	in 5 J	37
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 %

Wirksame einzelne Komponenten

- Schnelle Reaktion in der ersten Krise (DUP)
- Fallspezifische Team (Passung, Personenzentrierung)
- Beziehungskontinuität auch über Settinggrenzen
- Wichtige Bezugspersonen - soziale Inklusion
- Viele unterschiedliche Perspektiven - systemische Therapie
- Genau Zuhören
- Verstehen biographischer Erfahrungen
- Shared decision making, Expertenstimme als Teil des Dialogs

Wirksame einzelne Komponenten

- Selektive eigene Entscheidung für Neuroleptika (Non-Compliance gering - NW gering – Episodik der Störungen)
- Einzelpsychotherapie (ca. 60%)
- Supported employment - Arbeit auf 1. Arbeitsmarkt (75%)
- Gute Fortbildungen (‘education, education, education‘)
- Haltungs- und Werteorientierung
- Flache Hierarchie: eine kreative Arbeitsatmosphäre
- Persönliches Engagement und Enthusiasmus

Umsetzung von Netzwerkgesprächen in D

Netzwerkgespräche zu Beginn eines Begleitungsprozesses

Netzwerkgespräche als ergänzende Intervention

Netzwerkgespräche bei strukturellen Übergängen

Netzwerkgespräche zur Krisenplanentwicklung

Netzwerkgespräche in Krisen begleitend

Netzwerkgespräche zur Medikamentenreduktion + Absetzen

Netzwerktreffen mit überwiegend Professionellen