

Der Offene Dialog

Volkmar Aderhold
Hamburg
Institut für Sozialpsychiatrie
an der Universität Greifswald

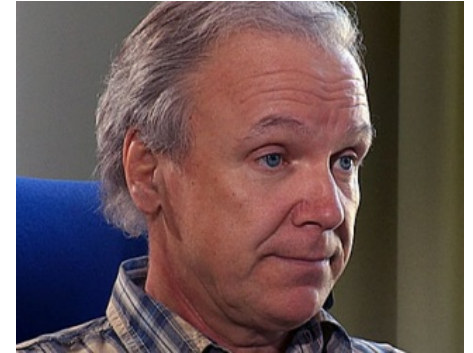
Bedürfnisangepaßte Behandlung und Offener Dialog

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

Bedürfnisangepasste Behandlung und



Yrjö Alanen
Klaus Lehtinen



Offener Dialog



Jaakko Seikkula
Birgitta Alakare



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)

- **Stellen Sie sich vor ...**

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

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-Lappland 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.

Gehört werden

Worte der Klienten aufgreifen

- Aufgreifen von Worten der Klienten in den Fragen.
- Die Wiederholung von Schlüsselworten ermöglicht eine weitere Vertiefung des Gesprächs.

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



Ein Beispiel

- Eine sehr vorwurfsvolle Mutter

Ein Beispiel

- Ein dominanter Vater

Ein Beispiel

- Ein suizidaler Vater mit 2 Kindern und seiner geschiedenen Ehefrau

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.

Traumatisierung bei Psychosen

Metaanalyse zu 2017 Patienten

Art der Traumatisierung von 16. LJ	Anteil den Patienten mit Psychosen-Diagnose
Sexueller Missbrauch	26 % insgesamt , bei Frauen mehr 41 % bei zusätzl. Substanzmissbrauch
Inzest	vermutlich 5-10%
Physischer Missbrauch	39 % insgesamt - keine Geschlechtunterschiede ca. 70% bei zusätzl. Substanzmissbrauch

In geschlossenen Settings weit mehr (Selektion): ca. 90%

Bonoldi et al 2013

Täter von sex. Missbrauch

Table 1. Perpetrator Relationship to Victim of Child Rape ($N = 288$)

Relationship	Percent
Father/Step-Father	15.4
Brother	5.6
Other Relative	22.1
Boyfriend/Friend	22.4
Other Acquaintance ^a	22.0
Stranger	10.1
Refused	2.4

Note. ^aThis category includes co-workers, neighbors, and other non-relatives that the victim knows.

Negative Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr

Table 2. Results of the separate meta-analyses focusing on specific adverse experiences

	<i>k</i>	OR (95% CI), <i>p</i> value	<i>Q</i> test
Sexual abuse	20	2.38 (1.98–2.87), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 34.5, <i>p</i> < .05
Physical abuse	13	2.95 (2.25–3.88), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 47.8, <i>p</i> < .001
Emotional abuse	6	3.40 (2.06–5.62), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 23.1, <i>p</i> < .001
Bullying	6	2.39 (1.83–3.11), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 19.1, <i>p</i> < .01
Parental death	8	1.70 (0.82–3.53), <i>p</i> = .154	<i>Q</i> = 35.4, <i>p</i> < .001
Neglect	7	2.90 (1.71–4.92), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 32.9, <i>p</i> < .001

Ein Beispiel

- Eine 39 jährige Frau mit einer Borderline-Diagnose

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

Ein Beispiel

- Eine sprachlos gewordene Familie nach vielen Jahren in Institutionen

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 die eigenen Gefühle aussprechen.
- Momente des **Schweigens** für innere Dialoge



Beispiel

- Eine Tochter, die in einer Hochsicherheitsforensik behandelt wurde.



“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.

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)



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?

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.

Wirkungen des Offenen Dialogs

3 naturalistische Kohortenstudien an Ersterkrankten mit Psychosen

- Anzahl von NG: in 2 J = 21 / in 5 J = 25 (37)
- Reduktion von Hospitalisierung
- Reduktion von Rückfällen
- Abbau von Betten: 50% über 10 Jahre
„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

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	4,3 Monate	3,3 Monate	0,5 Monate *
Diagnose/DSM-III-R			
- Schizophrenie	13 (38%)	19 (41%)	4 (22%)
- Kurze psychotische Episode	5 (15%)	11 (24%)	7 (39%) *
- Schizophrenieform	9 (26%)	6 (13%)	3 (17%)
- Psychosen (sonstige)	7 (21%)	10 (22%)	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	9 (26%)	12 (26%)	9 (50%)
- Kontinuierlich	5 (15%)	5 (11%)	5 (28%)
Arbeitsstatus nach 2 Jahren			
- Arbeit oder Studium	21 (62%)	35 (78%)	13 (72%)
- Arbeitslos	4 (12%)	6 (13%)	2 (12%)
- Rente	9 (26%)	4 (9%)	4 (16%)

Je kürzer die DUP, desto zurückhaltender mit neuroleptischer Medikation.

„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

Internationale Verbreitung

Regionen:

Finnland – Norwegen - Schweden – Dänemark -

Litauen – Deutschland – Polen - USA – Grossbritannien

Italien – Schweiz - *Australien – Niederlande - Japan*

Zentrale Komponenten (Seikkula)

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

- Individuelle Psychotherapie

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit**