

Offener Dialog und Netzwerkgespräche

Volkmar Aderhold
Hamburg

Was uns in Deutschland seit Jahrzehnten fehlt und so die Kliniken füllt.

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

aus: Leitlinien psychosoziale Therapien 2011

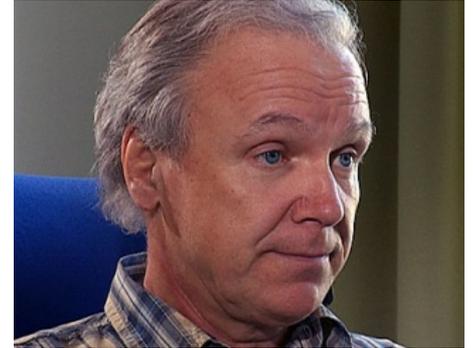
Offener Dialog

- 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)
- Einzelgespräche des Klienten mit dem Team auf Wunsch
- **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** – Ort und Zeit
- **Verantwortung** des Teams für den Rahmen und Prozess
- **Beziehungskontinuität und psychologische Kontinuität**
so lange wie erforderlich

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

Netzwerkgespräche als zentrale Intervention

Netzwerkgespräche

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

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.

Netzwerkgespräche - Kernidee

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

Sicherer Rahmen

Raum für **Begegnung**, Verstehen und Verständigung

Veränderungen durch **emotionale Erfahrungen** und gemeinsames Nachdenken.

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

- **Wie ist die Idee zu diesem Gespräch entstanden?**
- **Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen?**
- Garantieren, dass jede Stimme gehört wird.
- Genau zuhören und sich innerlich berühren lassen.
- Sich in jeden einfühlen.
- Größtmögliche Gleichwertigkeit aller

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)

- **„Schlüsselworte“** – ‚die großen bewegenden Worte hin zum Weltverständnis des anderen‘: *Ausgleich, Aufgabe, Abhängigkeit, zerbrochen, Entscheidung, Erschöpfung, Gerechtigkeit,, gebrochenes Herz, Kampf, Scham, Schicksal, Verlust, Verstummen*

Aufrichtiges Interesse

„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)

Respekt und Annahme der Andersartigkeit

- Niemand soll das Gefühl bekommen, etwas Falsches gesagt zu haben, dass er anders fühlen und denken sollte.
- Jeder Anwesende hat einen guten Grund so zu sein, wie sie/er ist.
- Alle Gefühle und Meinungen sind zulässig.

Dialogisch sein

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

(Olson u.a. 2014)

Polyphonie

- Vielschichtigkeit erwarten.
- Vielfältige Standpunkte erfragen.
- **Vielstimmigkeit** ist unvermeidlich - innerhalb des sozialen Netzwerks und auch innerhalb des Teams, transparent für das Netzwerk:
äußere Polyphonie
- 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.

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.**“

(Seikkula 2008)

Erzählungen statt Symptome

- Betonung der Erzählungen/Erfahrungen, nicht der Symptome.
- Viele Symptome sind durch belastende Biographien und Kontexte entstanden.
- Schwerwiegende Symptome werden als Verkörperung unaussprechlicher Dilemmata aufgefaßt, die oft auf **unerträgliche oder traumatische Ereignisse** zurückgehen.

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.**

Traumatische Erfahrungen

Traumatisierung bei „Schizophrenie“

Metaanalyse zu 2017 Patienten

Art der Traumatisierung von 16. LJ	Patienten mit Schizophrenie-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

Negative Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr bei Menschen mit Psychosen

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

Varese et al 2012

**Kumulative, „dosisabhängige“ Auswirkungen auf das Psychose-Risiko
Bis zu 17-fach erhöhtes Risiko.** (z.B. Trauelsen et al 2015)

Täter von sexuellem 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.

Smith et al Child Abuse & Neglect 2000

Das bisher noch nie Gesagte

- **Sicherheit geben**, damit über alle Themen gesprochen werden kann, auch über die schwierigen und damit **bisher „Noch-nicht-Gesagtes“ ausgesprochen** werden kann.
- Das Teilen schwieriger Probleme kann bedrohlich sein, wenn **frühere Versuche zu schmerzhaften Fehlschlägen** geführt haben.
- Um Menschen mit Traumatisierungen in ihrem inneren Rückzug zu erreichen, **müssen wir uns ,bewähren‘**.

Traumatische Erfahrungen

Wenn Netzwerkmitglieder **Sprache** finden für die unausgesprochenen **traumatischen Erfahrungen** und den **Kontext in dem die Symptome entstanden** sind, dann beginnt der Dialog **Symptome zu kompensieren** und die mit ihnen **verbundenen Gefühle werden beherrschbar**.

Jenseits von „gesund“ und „krank“

- Neue Worte und eine **gemeinsame Sprache** für die Erfahrungen finden, die bisher keine Worte oder Sprache gefunden haben.
- „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

Emotionale Resonanz der Therapeuten

- **Erinnerung der Professionellen an eigene Erfahrungen** von Verlust, Tod, Scham, Ohnmacht, Verlorenheit, Angst
- Professionelle können sich unmittelbar dazu entscheiden einen Teil dieser **eigenen Erfahrungen auszusprechen** und dem Netzwerk **als Reflektionen** zur Verfügung zu stellen.
- Ein persönlich ergriffenes Gegenüber zu sein schafft Momente der Verbundenheit, verringert Scham, schafft Vertrauen und gibt Zuversicht.

Erfahrungsexperten im 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.
- **Prozessorientierung** statt Lösungsorientierung

Betonung des gegenwärtigen Moments

- **Den gegenwärtigen Moment betonen.**
- Präsenz im **Hier und Jetzt.**
- Auf Reaktionen, Gesten und **Gefühle** bei anderen im Hier und Jetzt reagieren/antworten.
- **Verlangsamung**

Schweigen

- Momente des **Schweigens** für innere Dialoge sind wertvoll.

Schweigen

- Das waren nur 10 Sekunden.

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”

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 antworten danach darauf.

Aushalten von Unsicherheit

- **Die eigene Unsicherheit aushalten/verbalisieren**
- Bereitschaft den eigenen Standpunkt zu bezweifeln und zu verändern.
- **Innere Polyphonie**

- Auch Expertenwissen ist subjektiv
- Auch Expertenwissen sollte polyphon sein

Prozessorientierung und Transparenz

- **Vermeidung verfrühter Entscheidungen und Schlussfolgerungen.**
- Schritte und Lösungen sollen möglichst im Netzwerk entstehen.
- **Transparenz** durch offene Diskussion anstehender Entscheidungen mit dem Netzwerk, auch bei unterschiedlichen Positionen im Team.
- **Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings und der Behandlungsschritte.**

Konkrete Schritte

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

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

Zentrale Komponenten (Seikkula)

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

- Individuelle Psychotherapie
- Weitere individuell bedürfnisangepasste Hilfen

Wirkungen des Offenen Dialogs

- Reduktion von **Rückfällen**
- Verbesserung der **Symptomatik**
- Verbesserung des **psychosozialen Kompetenz**
- **Integration 1. Arbeitsmarkt b. 75%** der Menschen mit Psychosen
- **Nur 11-28 % länger Neuroleptika über 2 und 5 Jahre**
(36 % Neuroleptika nach 20 Jahre)
- Reduktion von **Hospitalisierung**
- Abbau von **Betten**: 50% über 10 Jahre („*National Schizophrenia Project*“)
- Anzahl der **Netzwerktreffen**: \emptyset in 2 Jahre = **21** - in 5 Jahre = **25** - „Anfängerteams“ **35**
- **Großbritannien: randomisierte Studie** durch den NHs: 640 Pat.

Internationale Verbreitung

Regionen:

Finnland – Norwegen - (Schweden) – (Dänemark) -

Litauen – Deutschland – Polen - USA – Grossbritannien

Italien – Schweiz – Belgien – Frankreich - Spanien - Australien

Niederlande – Japan – Israel - Südamerika

Situation in Deutschland

Teams und Projekte bundesweit

- Erhebung vor Corona-Pandemie: 52 Träger
- *„up and down and up again“*
- Massgeblich abhängig von Finanzierung, Teamleitungen, Organisationsleitungen

Finanzierungsrahmen:

- **Integrierte Versorgung** (weitgehend abgebaut)
- Träger mit **SGB XII** Finanzierung
- Kliniken mit **regionalem Budget**
- Kliniken mit Regelversorgung
- Kliniken mit **StäB**
- Modellregionen im Rahmen des neuen **BTHG**
- **Unabhängige** – Spenden und andere Zuwendungen

„Dosis“ von Netzwerkgesprächen

Beginn bei Patienten in relativ stabilisiertem Zustand:

3 bis 6 Netzwerkgespräche/Jahr

Effekte

Senkung der Hospitalisierungsrate

Meist hohe Behandlungszufriedenheit aller

Unerwartet positive Entwicklungen

Weitere Formen von Netzwerkgesprächen

- **Krisenplanentwicklung mit dem Netzwerk**
- **Netzwerkgespräche zum Begleiteten Reduzieren der Medikamente und Absetzversuche**

(Leitlinie „Schizophrenie“ 2019)

Nehmen Sie sich noch etwas Zeit für diese Fragen

Denken sie still einige Minuten darüber nach ...

- Waren Sie oder ein wichtiger Mensch Ihres Lebens schon mal in einer seelischen Krise?
- Was hätten Sie sich in dieser Zeit gewünscht?
- Wenn Sie an die Menschen denken die Ihnen in dieser Situation am nächsten waren, welche gesagten und ungesagten Worte wären Ihnen heute (noch) wichtig?
- Was hat Sie besonders berührt während Sie gerade an diese Zeit gedacht haben?

**Vielen Dank
für die
Aufmerksamkeit**

Dimensionen therapeutischen Handelns

- **Beziehungen:** im Lebensraum + im Therapieprozess
- **Biographie:**
- **Bedeutungen:** subjektiv, „vielstimmig“ und nie abgeschlossen
- **Werte:** Selbstbefähigung, soziale Inklusion, Autonomie, Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeiten, maximale Reduktion von Zwang, Transparenz
- **Menschenrechte:** Sie sollte den Weg in die Zukunft weisen.
- **Hoffnung:** eine positive Identität entwickeln

Das existentielle Fundament therapeutischen Handelns

- Den “Graben“ zwischen uns ‚Gesunden‘ und ‚den Kranken‘ überwinden.
- Jeder Mensch ist einmalig.
- Es geht um die Kraft der menschlichen Begegnung und die Möglichkeiten der Veränderungen, die sich daraus ergeben.
- Sie muss dem einzelnen Betroffenen Sinn und Bedeutung (zurück-)geben.
- Den Betroffenen dazu verhelfen, das Grundgefühl der Ohnmacht zu überwinden und auch eine gebenden Person zu werden.

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.