Bedürfnisangepaßte Behandlung und Offener Dialog

Volkmar Aderhold
Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald

Stellen Sie sich vor

- Bedürfnisangepaßte Behandlung
Strukturelemente - Prinzipien
- Methode des „offenen Dialogs“
Prinzipien - Evaluation
- Implementierung
- Finanzierung
- Leitlinien
- Essenz

Das bedürfnisangepaßte Behandlungsmodell

Yrjö Alanen

Klaus Lehtinen

Yukka Aaltonen

Entstehungsphasen

- Analytische Einzeltherapie
- + Therapeutische Gemeinschaft
- + Systemische Methoden (Mailänder Modell)
- + Therapieversammlung (Familie + weitere)
- + Selektive Neuroleptikatherapie

Strukturelemente NAT

- Psychoseteams: 2+2 oder fallspezifisch
- Flexibilität von Ort und Zeit (hometreatment)
- Therapieversammlungen (Familie + weitere)
- Krisendienst 24 h und Krisenintervention bei Bed.
- Beziehungskontinuität über 5 Jahre
- Individualtherapie bei Bedarf (ca. 50%)

- Krisenwohnung (Parachute Projekt)
- Nachuntersuchung nach 5 Jahren

Prinzipien I

- Hilfe sofort (24 h)
wenn möglich als Therapieversammlung
- Interventionen individuell und flexibel
- Krisenperspektive
- Psychotherapeutische Grundhaltung
- Gegenseitige Ergänzung therapeutischer
Verfahren systemisch + analytisch +
kognitiv behavioral +

Prinzipien II

- Kontinuierlicher Prozess statt Sitzungsroutine
- Weitgehende Anwesenheit des Patienten in allen ihn betreffenden therapeutischen Situationen
- Ressourcenorientierung
- Selektive Neuroleptikatherapie (API-Studie)

Offener Dialog

Jaakko Seikkula

Tom Andersen

Birgitta Alakare

Open Dialogue Ansatz

Von Familien zu sozialen Netzwerken

Methode des Reflektierenden Teams (Andersen)

Förderung von Dialogen

Regionen:

Norwegen – Finnland – Schweden – Dänemark -

Litauen – Deutschland

Tagungen:

Seit 1995 Jahren jährlich - wechselnde Orte

GRUNDSÄTZE

- SOFORTIGE HILFE
- PERSPEKTIVE AUF DAS SOZIALE NETZWERK
- FLEXIBILITÄT UND MOBILITÄT
- VERANTWORTUNG
- PSYCHOLOGISCHE KONTINUITÄT
- TOLERANZ VON UNGEWISSHEIT
- DIALOG

Sofortige Hilfe

- Erstes Treffen innerhalb von 24 h
- Derjenige der zuerst kontaktiert wird ist dafür verantwortlich das erste Treffen zu arrangieren
- Krisendienst 24 h

Netzwerktreffen

- Netzwerktreffen werden zur zentralen Intervention
- Teilnahme möglichst vieler Beteiligten von Beginn an.
- Diejenigen, die das Problem definieren sollten in den Behandlungsprozess einbezogen werden.
- Eine gemeinsame Diskussion und Entscheidung darüber wer das Problem kennt, wer helfen könnte und wer zum Behandlungstreffen eingeladen werden soll.
- Familie, Angehörige, Freunde, Arbeitskollegen und andere

Flexibilität Mobilität

Die Antwort ist bedürfnisangepasst, um den speziellen **und wechselnden** Bedürfnissen der Patienten und ihrer sozialen Netzwerke gerecht zu werden

- Treffen so oft wie erforderlich
- Gemeinsame Entscheidung über den Gesprächsort: zu Hause – Klinik - Schule – Arbeitsplatz - Behörden

Psychologische Kontinuität

- Ein integratives Team aus z. B. ambulantem und stationärem Personal, KJP und EP
- Dasselbe Team sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Setting
- In der nächsten Krise mindestens der Kern desselben Teams
- Keine Überweisung an andere Stellen
- Die Treffen dauern so lange wie sie benötigt werden, üblicherweise 90 Minuten

Gemeinsame Verantwortung

- Themen des Gesprächs werden nicht vorab geplant.
- Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings
- Alle Themen werden offen diskutiert zwischen dem verantwortlichen Arzt und dem Team
- Entscheidung über Neuroleptika nur im Netzwerktreffen nach mindestens 2 Sitzungen

Aushalten von Unsicherheit

- Entwicklung eines ausreichend sicheren Rahmens für den Prozess
- Vermeidung verfrühter Entscheidungen und Schlussfolgerungen
- Aushalten von Unsicherheit
- (Lernen) Antworten offen (zu) lassen

Aushalten von Unsicherheit

- Grundliches Nachdenken über eine Medikation und Vermeidung wenn möglich
- Diagnosestellung so spät wie möglich

Dialog

- Größtmögliche Gleichwertigkeit aller Beteiligten
- Keine Stimme ist besser als die andere.
- Jeder hat das recht und bekommt die Gelegenheit gehört zu werden.
- Vielstimmigkeit

- Die Sprache des Netzwerkes verwenden.
- Beobachtungen statt Erklärungen.
- Betonung des Dialogs und **nicht** das Fördern von Veränderungen im Patienten und in seiner Familie

Dialog

- Sicherheit geben, damit über alle Themen gesprochen werden kann, auch über die schwierigen.
- Erfahrungen, die bisher unausgesprochen waren, sollen zur Sprache kommen können.
- Dem zuhören was die Menschen sagen, nicht dem was sie (angeblich) meinen.
- Der Wunsch zu hören, was andere zu sagen haben.

Dialog

- Es ist erlaubt sich auszudrücken. Alle Gefühle und Meinungen sind zulässig.
- Bereitschaft den eigenen Standpunkt zu überdenken, zu bezweifeln und zu verändern.
- Gemeinsames Nachdenken, sich mitteilen und miteinander teilen.
- Niemand besitzt die absolute Wahrheit. Niemand muss ein endgültiges Wissen haben.
- Verantwortung tragen für sich selbst und für andere.

Psychose im Dialog

- Der Patient bringt oft etwas „Noch-nicht-Gesagtes“ ein.
- Psychotische Erfahrungen werden im offenen Dialog aller Anwesenden diskutiert.
- Stimmen können zum Teil des Dialogs werden.

Leitfragen in Krisen

1. Was ist passiert ?
2. Was ist das Problem ?
3. Wer sollte zusätzlich eingeladen werden?
4. Was ist zu tun ?

Garantieren, dass jede Stimme gehört wird.

Transparenz - Reflektion

- **Reflektierende Teams:** Sprechen der Professionellen aus der reflektierenden Position
Empathisches Einfühlen, Beobachtungen, Reflektion
- **Kontroversen** im Team über Probleme und Entscheidungen in der Behandlung werden in der Anwesenheit aller offen diskutiert und dann entschieden.

Netzwerkgespräch – Phasen

1. Tribalisierung (Gefühl des Gemeinsamen)
2. Anliegen/Themen
3. Polarisierung
4. Erschöpfung/depressive Phase
5. Beginnende Lösungswege/Zuversicht/leichte Euphorie

Jedes NG durchläuft üblicherweise diese Phasen

Ideen, Konstrukte zur Wirksamkeit

- Präsenz im Hier und Jetzt - Verlangsamung
- Momente besonderer Offenheit „living moments“
- Eine neue gemeinsame Sprache
- Öffnen von Räumen für neue Bedeutungen und eigene Möglichkeiten
- Neue Worte Konstruktionen und Bilder durch Reflektierende Teams
- Eine gemeinsame emotionale Erfahrung
- Das Entstehen einer Gemeinschaft
- Gefühle der Zuneigung

„Wenn man die Fragen lebt,
lebt man vielleicht allmählich,
ohne es zu merken,
eines fremden Tages
in die Antworten hinein.“

Rilke - Über die Geduld

Einzelgespräche

mit Mitgliedern des Behandlungsteams
meist 2 Teammitglieder

Einzeltherapie

- De facto bei ca. 50% der Patienten persönliche Entscheidung
- Unterschiedliche Methoden sind kompatibel
Psychodynamische Verfahren, CBT

Supported Employment

NAT-OD Evaluation 5 J Ergebnisse I

Erste psychotische Episode	API N=34 4/92 -12/93 alle FE in Region	OD N=46 1/94 -12/97 alle FE in Region	
DUP	4.2 Mon	3.3 Mon (heute 3 Wo)	s.
Therapieabbruch	18 %	5 %	s.
Hospitalisierung	42 Tage	17 Tage	s.
Rückfälle: 1 u. mehr	39 %	29 %	ns
Neuroleptika	n. 5 J: 24 % insges. 39 %	nach 5 J: 17 % insgesamt: 29 % Schizophrenie+sczform = 60%	ns
Seikkula et al.: Psychotherapy and Research, 2006			

Subgruppen und Neuroleptika

Diagnose	Keine Neuroleptika über 5 Jahre
Schizophreniforme Episode + Schizophrenie (= 60%)	65 %
Schizophrenie	55 % (45 % kontinuierlich NL)
Schizoaffektive Psychose	75 %
Kurze Psychosen	90 %

NATM Evaluation 5 J Ergebnisse II

	API N=34	OD N=46	
Keine psychotischen Restsymptome	76 %	82 %	ns
In Arbeit o. Studium	70 %	76 %	ns
arbeitslos	3 %	10 %	ns
Disability allowance	27 %	14 %	ns
Individualtherapie	42 %	46 %	ns
Therapieversammlungen	37 mal	24 mal	ns

Weitere Effekte

- 60% der Behandlungen nach 2 Jahren abgeschlossen.
- kaum „neue Chroniker“
- Inzidenz für Schizophrenie von 3.5 auf 0,7 / 100.000 gesenkt.
Systemeffekt ?

Video-Dokumentation

Open Dialog by Daniel Mackler 2011

DVD 30 \$

www.iraresoul.com/dvd.html

Implementierung

1. Multiprofessionelle Qualifizierung
2. „Therapieversammlungen“ von Anfang an
Beginn mit allen Ersterkrankten
3. Fallspezifische Teams - settingübergreifend
4. Hometreatment in Krisen

Finanzierung

- Integrierte Versorgung
- Regionales Budget
- neues Endgeldsystem ?

Situation

12 Versorgungsregionen

Träger:

- Krankenhäuser
- Ambulante Träger

Finanzierung:

- Regionales Budget (in Verhandlung)
- TK-Vertrag
- SGB 12 + SGB V

Risiken

- Flexibilisierung der Endgeldsysteme
- Einfallstor für unerwünschte Anbieter
- Endgeldsysteme bauen keine Betten ab.
- Fragmentierungen der Strukturen führen zu unüberwindlicher Konkurrenz.
- Gewinninteressen in der Psychiatrie bleiben dominant.

NICE Guidelines Schizophrenie 2009

Für jeden Patient obligat:

10 Sitzungen Familientherapie mindestens

16 Sitzungen CBT mindestens

Möglicherweise Kunsttherapie

Keine Adherence-Therapie

NICE Guidelines Schizophrenie 2009

Kostensparnis als Argument

CBT: - 1200 € pro Patient

FT: - 3200 € pro Patient

Übernahme der Guidelines durch:

Neuseeland

Australien

Spanien

Essenz

Psychiatrische Versorgung ist oft an der Chronifizierung von Patienten beteiligt.
Oder: Wir könnten es besser!

Strukturelle Veränderungen ohne ausgeprägte Psychotherapeutische Kompetenz verbessern nicht den symptomatischen und psychosozialen Outcome.

Erst die optimale Behandlung von kürzer Erkrankten mit psychotherapeutischer Kompetenz kann diese Problematik entscheidend verbessern.

Essenz

Kerninterventionen

Arbeit mit Familien und sozialen Netzwerke
in der unmittelbaren Lebenswelt

eigene Ziele, Stärken Ressourcen und Beziehungen
der natürlichen Lebenswelt

Mindestens eine dauerhafte tragfähige
therapeutische Beziehung, die hoffnungsvoll
begleitet.

Einzeltherapie bei individueller Indikation

Beziehungskontinuität möglichst über 5 Jahre

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

volkmar.aderhold@uni-greifswald.de