

# Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge

Volkmar Aderhold und Nils Greve

## Zusammenfassung

Der Artikel beginnt mit einer kurzen Darstellung der historischen Entwicklung des bedürfnisangepassten Behandlungsmodells in Turku (Finnland) unter der Leitung von Y. Alanen und einiger Evaluationsstudien. Die aus der Praxis abgeleiteten therapeutischen Grundprinzipien werden beschrieben: Therapieversammlungen als zentrale Intervention von Anfang an, psychotherapeutische Grundhaltung, kontinuierlicher Prozess statt Routine, Methodenergänzung, Anwesenheit des Patienten auch bei der Behandlungsplanung, Nachuntersuchung. Im Anschluss erfolgt eine genauere Erläuterung der systemischen Methode des Offenen Dialogs, die in West-Lappland unter der Leitung von J. Seikkula und inspiriert von T. Andersen aus Tromsø (Norwegen) entwickelt wurde. Auch diese Form systemischer Arbeit wird anhand der in der Praxis entwickelten Grundprinzipien dargestellt: sofortige Hilfe, kontinuierliche Arbeit mit der Familie und dem sozialen Netzwerk, Flexibilität, gemeinsame Verantwortung, psychologische Kontinuität, Aushalten von Unsicherheit, Förderung des Dialogs, selektive Anwendung von Neuroleptika in Niedrigdosierung, Integration von Einzeltherapie und anderer Therapieverfahren. Es folgen Evaluationsergebnisse. Der Artikel endet mit dem Versuch einer Einordnung und Bewertung.

**Schlagwörter:** Schizophrenie – psychotische Störungen – systemische Therapie – soziale Netzwerke – Familientherapie – antipsychotische Medikation – Neuroleptika

## Summary

### Need-adapted treatment and open dialogue

This article begins with a short description of the historical development of the need-adapted treatment model in Turku (Finland) under the leadership of Y. Alanen, including evaluation studies. The leading principles derived from the practical work are described: therapy meetings as the first and ongoing central intervention, psychotherapeutic attitude, continuous process in avoidance of routines, methodological supplementation, presence of the patient also during the planning process of the treatment, follow up examinations. Then the systemic method of open dialogue will be explained, which was developed by J. Seikkula and many colleagues in West-Lappland and had been inspired by the work and person of T. Andersen from Tromsø (Norway). This way of working with families and social networks will be described according to the basic principles also

generated from the practical work: immediate help, continuity of work with families and social networks from the outset, flexible adaptation to the needs of client, family and network, shared responsibility, psychological continuity, tolerance on uncertainty, facilitation of dialogue, selective use of neuroleptics in low dosages, integration of individual therapy. Then evaluation results will be presented. The article ends with an appraisal and classification of this approach.

**Key words:** schizophrenia – psychotic disorders – systemic therapy – social networks – family therapy – antipsychotics – neuroleptics

## 1 Einleitung

Stellen Sie sich vor, das erste therapeutische Treffen mit Menschen in einer Psychose oder einer anderen schweren Krise findet gemeinsam mit der Familie und bei Bereitschaft auch anderen wichtigen Bezugspersonen innerhalb von 24 Stunden statt und dauert so lange, wie es nötig erscheint. Alle wichtigen Professionellen aus der medizinischen Grundversorgung, Psychiatrie und Sozialdiensten, die mit der Familie in Kontakt waren, werden ebenfalls zu demselben Treffen eingeladen. Es geht um einen offenen Austausch von Erfahrungen, Einschätzungen und Vorschlägen aller für das weitere Vorgehen.

Solche Sitzungen werden – möglicherweise mit wechselnden Teilnehmern des sozialen und professionellen Netzwerkes – je nach Bedarf des Klienten und der Familie fortgesetzt. Das psychiatrische Akutteam arbeitet mit diesem Netzwerk kontinuierlich weiter. Alle Diskussionen und Entscheidungen über die Behandlung finden gemeinsam mit der Familie, weiteren wichtigen Bezugspersonen und dem Patienten statt.

## 2 Entwicklungsgeschichte

Das Gesamtkonzept wurde über 25 Jahre kontinuierlich zunächst in der Psychiatrischen Universitätsklinik in *Turku* durch Yrjö Alanen gemeinsam mit vielen Mitarbeitern entwickelt. In vieljährigen Entwicklungsschritten wurden diese spezifischen Behandlungselemente nacheinander in das Modell integriert:

- psychodynamische Individualtherapie,
- stationäre Psychiatrie als therapeutische Gemeinschaft,
- familientherapeutische Kurzzeitinterventionen (vorwiegend Mailänder Modell),
- niedrig dosierte und selektive Neuroleptikabehandlung (API-Projekt).

Jede Entwicklungsstufe wurde durch eine prospektive Katamnesestudie aller ersterkrankten Patienten aus 1–2 Jahren mit einer »Störung aus dem Schizophrenie Spektrum« über einen Verlauf von zwei Jahren evaluiert. Jede Stufe der

Entwicklung zeigte dabei bessere Ergebnisse als die vorausgegangene. Die familientherapeutischen Interventionen zeigten sich dabei als besonders wirksam (Lehtinen, 1993, 1994). Dies bestätigte auch das nationale Schizophrenieprojekt (NSP) in Regionen, die 25 % der finnischen Bevölkerung umfassten (Alanen, 2001; Tuori et al., 1998). Die ursprünglich regelhafte Kurzzeitorientierung in den Familientherapien wurde jedoch später verlassen.

Im Rahmen des API-Projekts in fünf Modellregionen konnten 42 % der ersterkrankten psychotischen Patienten in den ersten zwei Jahren und 51 % in den dann folgenden drei Jahren ohne Neuroleptika behandelt werden. Auch sonst wurden Neuroleptika häufig nur intermittierend eingesetzt. Die neuroleptikafrei behandelbaren Patienten zeigten dabei besonders gute Behandlungsergebnisse (Lehtinen et al., 2000; Alanen, 2001; Aderhold et al., 2003).

Das Ergebnis dieses längeren historischen Prozesses der Integration verschiedener Therapieelemente war das Bedürfnisangepasste Behandlungsmodell (Need-Adapted Treatment Model), in dem die systemische Perspektive sowohl das konkrete therapeutische Handeln als auch das paradigmatische Verstehen zentral leitet, jedoch keinesfalls darauf einengt.

Im Rahmen des nationalen finnischen Schizophrenie-Projektes wurden die folgenden Grundprinzipien formuliert (Alanen, 2001; Alanen et al., 1991):

- Anfangs intensive wiederholte Therapieversammlungen mit dem Betroffenen, seiner Familie und möglicherweise weiteren wichtigen Bezugspersonen: Die therapeutischen Aktivitäten werden hier gemeinsam geplant und flexibel ausgeführt, in Krisen möglicherweise täglich. Sie sollen den tatsächlichen und veränderlichen Bedürfnissen des Patienten und seines persönlichen sozialen Netzwerkes entsprechen. Diese Therapieversammlungen bilden den Kern des Konzeptes.
- Untersuchung und Behandlung sind durch eine psychotherapeutische Haltung bestimmt, d.h. die Therapeuten bemühen sich, die Vorgeschichte und die auslösenden Bedingungen der psychotischen Krise und die Interaktionen im sozialen Netzwerk des Patienten zu verstehen und die therapeutischen Beziehungen und Hilfestellungen aus diesem Verständnis heraus zu gestalten.
- Verschiedene therapeutische Zugänge sollen sich gegenseitig ergänzen, anstatt sich zu behindern oder auszuschließen.
- Die Behandlung soll zu einem kontinuierlichen Prozess werden. Daher sind Sitzungsroutinen zu vermeiden.
- In jedem Einzelfall eine Nachuntersuchung der Wirksamkeit der Behandlung nach fünf Jahren.
- Regelmäßige Anwesenheit des Patienten in allen therapeutischen Situationen, die ihn betreffen und in denen seine Behandlung geplant wird. Er hat als Experte für seine eigene Lebenssituation zu gelten.

Multiprofessionelle Ausbildungen als »training on the job« in vorwiegend systemischer, aber auch psychodynamischer Therapie machten die Umsetzung dieses

Behandlungsmodells erst möglich. Im Zuge der Entwicklung wurden multiprofessionelle Psychoseteams (2–4 Mitarbeiter) in den Versorgungsregionen gebildet, eine fallspezifisch unterschiedliche Zusammensetzung bewährte sich dabei. Sie ermöglichen die weitgehende Behandlung der Klienten und Familien im häuslichen Kontext.

In ca. 20% der Versorgungsregionen Finnlands sowie in etlichen Regionen Norwegens und Schwedens wird dieses Modell bis heute praktiziert und zum Teil weiterentwickelt. Zwei der drei Versorgungsregionen Dänemarks orientieren sich zunehmend an den Grundprinzipien des Offenen Dialogs und haben damit begonnen, diese schrittweise im Versorgungsalltag umzusetzen.

Im Rahmen des *schwedischen* multizentrischen »Parachute«-Projekts unter der Leitung von Johan Cullberg wurden zusätzlich kleine Krisenwohnungen alternativ zur Krankenhaus-Akutstation als zusätzliches Strukturelement erfolgreich eingeführt (Cullberg et al., 2006; Cullberg, 2008).

In der Region *West-Lappland* vollzog sich unter der Leitung von Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare und Jukka Aaltonen eine systemisch-methodische Weiterentwicklung des Modells. Die philosophisch-therapeutische Orientierung wurde maßgeblich durch Tom Andersen in Tromsø beeinflusst: Reflektierende Teams und freies Reflektieren, die natürliche Sprache der Betroffenen, das Fördern von Dialogen und die Fokuserweiterung zu sozialen Netzwerken wurden bedeutsam. Die entwickelte Methodik wird als »Offener Dialog« bezeichnet.

Diese Kombination der Prinzipien der Bedürfnisangepassten Behandlung des Offenen Dialogs, die aus unserer Sicht die konsequenteste Weiterentwicklung darstellt, soll nachfolgend ausführlich beschrieben werden.

### **3 Therapieversammlung**

Die *Therapieversammlung* als Begegnung aller Beteiligten stellt die zentrale therapeutische Intervention dar. Sie hat gleichzeitig informative, diagnostische und therapeutische Funktionen: Alle Teilnehmer lernen alle Sichtweisen der erörterten Probleme kennen, die Therapeuten entwickeln Vorstellungen über Lösungsansätze, die wiederum mit allen Anwesenden erörtert werden. Am Ende werden die erörterten Themen und eventuell getroffenen Entscheidungen zusammengefasst. Eine solche Sitzung dauert meist 1,5 Stunden, aber bei Bedarf auch länger, im Verlauf eher kürzer. Alle Entscheidungen und Veränderungen des Behandlungssettings werden in den Therapieversammlungen vorab diskutiert.

Therapieversammlungen werden üblicherweise auch in späteren Phasen der Therapie aufrechterhalten. Sie finden auf Wunsch der Beteiligten statt und möglichst immer zu Zeitpunkten wesentlicher Veränderungen und Entscheidungen. Sie sind besonders wichtig für die Integration und die Kontinuität des Behandlungsprozesses, wenn es zu Veränderungen im Leben des Patienten oder

der Familie, personellen Änderungen im therapeutischen Team oder zu Veränderungen der therapeutischen Methode oder der Einrichtung kommt.

Anfänglich können Therapieverksammlungen in hoher Frequenz erforderlich sein, gegebenenfalls täglich, später dagegen meist in großen zeitlichen Abständen. Insgesamt liegt die durchschnittliche Häufigkeit dieser Therapieverksammlungen in einzelnen Regionen über fünf Jahre bei 25 bzw. 40 Sitzungen. Mit der Erfahrung der Teams scheint die Frequenz zu sinken.

## **4 Therapeutische Prinzipien**

Aus der projektbegleitenden Handlungsforschung zur Effektivitäts- und Prozessevaluation wurden in Westlappland die im Folgenden beschriebenen sieben therapeutische Prinzipien abgeleitet (Seikkula u. Alakare, 2007).

### **4.1 Sofortige Hilfe**

Ein Anruf – von wem auch immer – genügt, und ein Netzwerktreffen kann innerhalb von 24 Stunden, bei Einverständnis in der Wohnung des Klienten bzw. der Familie stattfinden. Niedrigschwelligkeit und Frühintervention unter Nutzung aller verfügbaren Ressourcen sind so essentiell für das therapeutische Gelingen, dass das System ganz auf die Sicherstellung dieses Prinzips ausgerichtet ist. Die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Zugangs erhöhte sich dadurch deutlich, und die Notwendigkeiten von Medikation und Hospitalisierung sinken. Ein Krisendienst im Hintergrund erleichtert die Arbeit und senkt die Hospitalisierungsrate weiter. Auch im späteren Verlauf bleibt diese Reaktionsflexibilität und Frühintervention bei Krisen essentiell.

In den ersten Tagen einer Krise kommen belastende Inhalte sehr viel leichter zur Sprache als später. Sind Äußerungen des psychotischen Patienten zu Beginn noch unverständlich, so wird mit zunehmenden Informationen oft deutlich, dass er von realen Vorkommnissen in seinem Leben spricht. Auch Halluzinationen können direkt angesprochen und reflektiert werden. Oft sind es ängstigende und bedrohliche Begebenheiten, über die der Patient bisher noch nicht sprechen konnte. Manchmal weisen auch nur die Affekte auf solche Erfahrungen hin. Es scheint, dass für das Aussprechen solcher subjektiv extremer Erfahrungen nur ein kurzes Zeitfenster von wenigen Tagen besteht. Das Team kann durch die Herstellung eines sicheren Rahmens, eine offene Atmosphäre und aufmerksames Zuhören das Aussprechen fördern. Die Therapeuten versuchen dann, diesen schmerzhaften Erfahrungen eine verstehende Sprache zu geben und die damit verbundenen Gefühle so aushaltbarer zu machen. Gelingt dies nicht, bedarf es meist einer mehrmonatigen Einzeltherapie, um diese Inhalte aussprechbar bzw. bewusst zu machen.

## **4.2 Einbeziehen des sozialen Netzwerkes**

Von Beginn an, auch wenn der Patient akut psychotisch ist, werden die Familie und wichtige verfügbare Bezugspersonen einbezogen. Fragen zur Klärung des Teilnehmerkreises sind: Wer weiß von der Situation und hat sich dazu Gedanken gemacht? Wessen Teilnahme am ersten Treffen könnte hilfreich sein? Die Einladung sollte so alltäglich und selbstverständlich wie möglich erfolgen.

Grundsätzlich wird das persönliche Netzwerk des Patienten als eine potentielle Ressource bewertet und so weit wie möglich nutzbar gemacht. Auch ehemalige professionelle Helfer sollten wenn möglich schnell eingeladen werden. Will der Patient nicht an der Sitzung teilnehmen, wird entschieden, ob das Treffen trotzdem fortgesetzt wird. In diesem Falle wird der Patient davon informiert, möglicherweise wird ihm die Sitzung durch eine geöffnete Tür hörbar gemacht. Er kann jedoch jederzeit direkt teilnehmen, wenn er dies möchte. Während dieser Sitzung ohne den Patienten fallen keine Entscheidungen, die den Patienten betreffen. Falls Gefahrenmomente deutlich werden, so dass die Professionellen sich doch zum Handeln gezwungen sehen, wird der Patient zuvor davon informiert.

Sind wichtige Bezugspersonen verhindert, können sie durch andere Teilnehmer in der Zwischenzeit befragt werden und über diese ihre Mitteilungen in die nächste Sitzung einbringen. Auch ein unmittelbarer telefonischer Kontakt während einer Sitzung (z. B. zu einem behandelnden Arzt) wird genutzt.

Im Laufe des Behandlungsprozesses können weitere Personen wichtig werden. Dann werden beispielsweise auch Lehrer, Arbeitgeber, Vertreter von Arbeitsämtern etc. zeitweise in die Therapieversammlungen eingeladen. Dabei kann der Ort der Versammlungen so wechseln, wie es günstig erscheint. »Bei einer Netzwerk-Perspektive sollten alle in den Prozess integriert werden, denn das Problem ist nur gelöst, wenn alle, die es als solches definiert haben, es nicht mehr als Problem bezeichnen« (Seikkula u. Alakare, 2007, S. 240).

## **4.3 Flexible Einstellung auf die Bedürfnisse**

Jeder Fall wird als einmalig angesehen, deshalb gibt es keine standardisierte Behandlung oder festgelegte Behandlungsprogramme. Alle Therapiemethoden müssen an die Sprache, Lebensweise, individuellen Möglichkeiten und Interessen des Patienten und seiner Familie angepasst werden. Insbesondere sollten innere oder äußere Sitzungsroutinen vermieden werden. Die Flexibilität von Ort und Frequenz der Sitzungen gehört ebenfalls dazu. Es wird daher immer nur die nächste Sitzung vereinbart.

#### **4.4 Gemeinsame Verantwortung**

Das psychiatrische System übernimmt die Verantwortung für die Organisation einer Therapieversammlung nach einem Hilferuf. Erst in diesem Treffen wird festgelegt, wer zu dem längerfristig verantwortlichen Team gehört. Bei komplexen Problemlagen sind es Mitarbeiter aus unterschiedlichen Einheiten des Systems, z. B. zusätzlich der Suchtabteilung oder des Sozialamtes. Alle Teammitglieder kümmern sich um das Einholen der erforderlichen Informationen, um die bestmöglichen Entscheidungen zu treffen. Bereits mit der ersten Therapieversammlung wird das Behandlungsteam Teil des Problemsystems, auch im eigenen Selbstverständnis (Seikkula, 2002). Themen der Behandlungstreffen werden nicht vorab geplant, sondern in der Sitzung gemeinsam entschieden. Auch das gesamte Behandlungssetting wird von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt. Der langfristige Prozess soll optimalerweise eine Ko-Evolution von Professionellen und Netzwerk darstellen. So entsteht ein Denken in Prozessen und nicht Maßnahmen.

#### **4.5 Psychologische Kontinuität**

Therapieabbrüche oder Therapeutenwechsel sollen so weit wie möglich verhindert werden. Unterschiedliche angewandte Therapiemethoden werden über die Therapieversammlungen in den Gesamtprozess integriert; z. B. nehmen Einzelpsychotherapeuten möglichst zu Beginn der Therapie und wiederholt im Verlauf an diesen Sitzungen teil. In dieser Situation bleiben sie die Vertrauten des Patienten. Der potentielle Zeiträumen bei psychotischen Krisen umfasst fünf Jahre, eventuell auch länger; 60% der Behandlungen sind jedoch bereits nach zwei Jahren abgeschlossen.

#### **4.6 Aushalten von Unsicherheit**

Um ein vertieftes Verstehen und einen ko-evolutiven Prozess zu ermöglichen, sollten Therapeuten auf vorschnelle Festlegungen (Diagnosen) und damit auf gewohnte Sicherheit so weit wie möglich verzichten. Verfrühte Entscheidungen und Schlussfolgerungen können vermieden werden, wenn die Beteiligten Vertrauen in einen gemeinsamen, noch unbekanntem Prozess haben. Jede behutsame Schlussfolgerung und Entscheidung, die als sinnvoll erlebt wird, stärkt dieses Vertrauen.

Das Ertragen von Unsicherheit wird durch eine als sicher erlebte Situation erleichtert. In Krisen ist dies oft durch tägliche Behandlungstreffen zu gewährleisten. Mehr Sicherheit entsteht auch, wenn jeder gehört wird. Diagnosen und Krankheitskonstrukte sind Prozeduren, die vermeintliche Sicherheiten schaffen.

Durch den Zugang über die subjektiven Problemlagen wird grundsätzlich auf diese konstruierte Sicherheit verzichtet.

Die Transparenz unterschiedlicher Einschätzungen bei den Professionellen durch offene Reflexionen und die Erfahrung einer Klärung im Prozess kann das Vertrauen der zuhörenden Klienten in den Prozess erhöhen und als Modell wirken. Bei größeren Differenzen innerhalb der Familie können einzelne Mitglieder des therapeutischen Teams auf individuelle Familienmitglieder mit besonderer Empathie fokussieren und ihre Position in der Reflexion repräsentieren. Unaufgelöste Spannungen sollen wenn möglich nicht durch Ambivalenzspaltung externalisiert werden.

#### **4.7 Förderung des Dialogs (Dialogik)**

Der Schwerpunkt therapeutischer Konversation liegt auf der Förderung von offenen Dialogen in und mit der Familie und dem sozialen Netzwerk. Offene Dialoge entstehen eher durch eine Veränderung des eigenen Handelns des Teams als durch Versuche, die Klienten zu verändern.

Dialoge werden als gemeinsames Nachdenken aufgefasst, in denen eine größere Kompetenz für die eigene Lebensgestaltung entstehen kann. Es soll mehr Handlungsfähigkeit im eigenen Leben entstehen, jedoch nicht durch die Instruktion zu einer gezielten Veränderung. Möglicherweise kommen die Dialogpartner zu einem neuen gegenseitigen Verständnis. In Dialogen werden unterschiedliche Erfahrungen und Wirklichkeitskonstruktionen in einen Bezug zueinander gebracht, um Differenzen und Annäherung, Missverständnisse und möglicherweise Klärungen zu erzeugen.

Der Raum für neue Bedeutungen entsteht dabei nicht in jedem Einzelnen, sondern im interaktionellen Raum zwischen den Gesprächsteilnehmern während der dialogischen Praxis. Jede neue Antwort kann dabei die vorhandenen Bedeutungen verändern, insofern ist der Dialog offen und niemals abgeschlossen. Nicht endgültige Beschreibungen oder Erklärungen sind das Ziel, sondern der Dialog selbst ist ein gegenseitiges Handeln, das Subjekt-Subjekt-Beziehungen erzeugt, die auch die Therapeuten einbeziehen.

Dafür ist für Seikkula das »wechselseitige Erstaunen«, die Bereitschaft, sich immer wieder »erstaunen« zu lassen, von zentraler Bedeutung. Das gesprochene Wort informiert nicht nur den anderen, sondern formt auch die Bewusstwerdung der eigenen Erfahrung. Wird auch der Sprecher von den eigenen Worten oder Worten der anderen angerührt, entsteht Heilsames.

Die Art des Denkens, die Einstellung und die Begegnung sind wichtiger als die Methoden. Nicht eine Ausbildung in verschiedenen Interview- oder Interventionstechniken ist dafür entscheidend. Vielmehr können bestimmte Interviewtechniken den Dialog behindern.

Oft sind die Menschen in anfänglichen Therapieversammlungen in extremen



Lebenssituationen mit tiefen emotionalen Erfahrungen. Am Beginn steht oft ein Gefühl der Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit, das jedoch zugelassen werden darf und eine Chance sein kann, um dann ein Gemeinschaftsgefühl zu entwickeln. Auch Therapeuten können mit intensiven Gefühlen reagieren und bewegen sich in einem Feld jenseits therapeutischer Technik.

In Krisen kann das Sprechen zunächst »monologisch« sein, indem die Therapeuten in der dritten Person über das Patientenverhalten sprechen und die Diagnose zum Thema machen. Dialoge entstehen dagegen durch eine menschliche Begegnung der Therapeuten mit den Netzwerketeiligten.

Die Entstehung von »Ich-Du-Dialogen« (Buber) ist Voraussetzung für ein gegenseitiges Sich-Einlassen, wachsende Empathie, Verständnis und Verstehen. In seinem sehr praxisnahen Buch zur Praxis des Offenen Dialogs unterbreitet Seikkula konkrete Vorschläge zur dialogischen Gesprächsführung.

»Aufgrund unserer Erfahrungen mit schweren psychischen Krisen schlagen wir folgende Verfahrensweise vor:

- Jeder Teilnehmer sollte die Möglichkeit bekommen, so bald wie möglich irgend etwas zu sagen. Jeder sollte möglichst seine Sichtweise der Situation zu schildern [...] Wenn die Mitarbeiter deutlich machen, dass sie interessiert zuhören und das Gesagte wertschätzen, dann werden auch die Anwesenden neugierig, was von den anderen Teilnehmern der Runde gesagt wird. Dies ist besonders wichtig bei Meinungskonflikten oder psychotischen Problemen.
- Beziehen Sie Ihren allerersten Kommentar auf etwas, das der andere gesagt hat. Sie können zum Beispiel wörtlich einen Satz wiederholen, bevor Sie fortfahren: »Sie haben gesagt, dass es schrecklich war, als ihr Vater ausgezogen ist?« Es ist gut, danach eine kurze Pause zu machen, um dem Patienten Raum zum Nachdenken zu lassen, ob er dieses wirklich so sagen wollte. So kann der Sprecher seine Worte aus dem Munde eines anderen hören und sich überlegen, was es bedeutet, diese Worte so zu hören. Diese kurze Sequenz schafft eine gemeinsame Sprachebene zwischen dem Team, der Familie, dem Patienten und allen anderen Anwesenden. Auf dieser gemeinsamen Sprachebene wird es möglich, dass die Themen und Entscheidungen in der Behandlung auf die gleiche Weise verstanden werden.
- Interpretieren Sie nicht psychotische Kommentare oder führen Sie diese nicht auf die Realität zurück, sondern erfragen Sie weitere Aspekte der psychotischen Erfahrung. Diese Erfahrungen können in der gleichen Weise erörtert werden wie andere Beiträge. Wenn der Patient oder die Familie diese Erfahrungen lieber als Krankheitssymptome diskutieren wollen, dann können sich die professionellen Helfer der gleichen Sprache bedienen. Wenn ein Sprecher eine Antwort auf die Frage erwartet, ob die Erfahrungen real sind oder Halluzinationen, kann man möglicherweise so antworten: »Ich habe eine solche Erfahrung nie gemacht. Könnten Sie mir mehr darüber berichten, damit ich Ihre Erfahrung besser verstehen kann?«
- Besprechen Sie Ihre Beobachtungen und Gedanken mit den anderen Mitar-

beitern. Während einer solchen Reflexion entsteht mehr Raum für alternative Beschreibungen und Lösungen. Auf diese Weise wird die Rolle der Familie betont, weil es sich nun eher um eine Frage handelt, welche Optionen in ihrem Leben möglich sind, und es nicht um eine vorausplanbare Behandlungsentscheidung geht. Wenn die Familie sich einer konkreten Sprache bedient, versuchen auch Sie, Ihre Beiträge in dieser Form zu halten.

- Wenn die Diskussion festgefahren ist, können Sie eine Überraschungsfrage formulieren, zum Beispiel indem Sie Unterschiede ansprechen, wie die jeweiligen Familienmitglieder die Situation wahrnehmen. So können Sie beispielsweise ein vielseitiges Erstaunen über die jeweiligen Perspektiven erzeugen, indem Sie fragen. »Als Sie diese Probleme bekommen haben, wie hat sich das auf die Beziehung zwischen Ihrem Vater und Ihrer Mutter ausgewirkt?« Überraschende Bemerkungen oder Fragen können sich auch auf positive Aspekte der extremen Lebenssituation der Familie richten: »Als Sie sagten, wie lange Sie sich schon mit diesen Schwierigkeiten herumschlagen, habe ich daran gedacht, welche enormen Ressourcen Sie sich erarbeitet haben, um mit all diesem fertig zu werden. Nicht viele Menschen verfügen über solche Ressourcen« (Seikkula u. Arnkil, 2007, S. 80 f.).

## **5 Weitere Besonderheiten**

Aus den dargelegten Prinzipien ergeben sich einige weitere Aspekte, auf die wir noch kurz eingehen möchten.

### **5.1 Antipsychotische Medikamente selektiv und in möglichst geringer Dosierung**

Eine neuroleptische Medikation soll bei Ersterkrankten in den ersten drei bis vier Wochen ganz vermieden werden. Im Fall von Ängsten und bei Schlafstörungen sind Benzodiazepine oder Ähnliches die Mittel der ersten Wahl. Neuroleptika werden, wenn dann noch erforderlich, erst später und in geringer Initialdosierung gegeben, die nötigenfalls allmählich erhöht wird. Bei Nebenwirkungen wird üblicherweise die Dosierung gesenkt. Die Einnahme von Neuroleptika ist in der Regel mit Ambivalenz und Unsicherheit verbunden und soll daher zunächst in drei Therapieversammlungen besprochen werden, bevor eine Entscheidung getroffen wird. Patienten, die in der ersten psychotischen Krise keine Neuroleptika benötigen, können in der Regel auch in weiteren Krisen auf sie verzichten.

## **5.2 Integration verschiedener Therapieformen**

Die unterschiedlichen therapeutischen Zugänge sollen sich gegenseitig ergänzen anstelle eines »Entweder-oder«-Vorgehens. Die weiteren therapeutischen Angebote sind auch abhängig von den regionalen Gegebenheiten. Zum essentiellen Kern gehören derzeit Einzeltherapie, Kunsttherapie, arbeitstherapeutische Begleitung als »training on the job« oder nachrangig Maßnahmen beruflicher Rehabilitation. Gruppentherapien werden derzeit selten praktiziert. Die Fokussierung der personellen Ressourcen liegt eindeutig auf den psychotherapeutisch bedeutsamen Kerninterventionen, ein versorgungspolitisch wesentlicher Grundsatz.

## **5.3 Psychodynamisch orientierte Einzeltherapie**

Historisch hat sich der bedürfnisangepasste Ansatz aus der psychodynamischen Tradition der Psychosenbehandlung entwickelt. Psychodynamische Einzeltherapie wurde als wirksam evaluiert, jedoch mit geringeren Effekten als die therapeutische Arbeit mit Familien und Netzwerken. Aus klinischer Sicht ist sie vorwiegend für Patienten geeignet, die bereits eine autonomere Persönlichkeit entwickelt haben und meist schon aus der Ursprungsfamilie ausgezogen sind. Ihre initiale psychotische Symptomatik war zumeist von einem akuten Krankheitsbeginn gekennzeichnet. Eine grundlegende Einsichtsfähigkeit in den Zusammenhang von Problemen und Symptomen und eine geringe Neigung zum Ausagieren sind wesentlich. Voraussetzung ist die Möglichkeit zu ausreichender zeitlicher Kontinuität bei Therapeut und Patient. Für diese Einzeltherapie entscheiden sich ca. 50% der Ersterkrankten. Sie findet entweder als fokussierte Einzeltherapie bei spezifischen Problemlagen oder auch längerfristig und kontinuierlich statt.

## **5.4 Kognitiv-behaviorale Einzeltherapie**

Sie ist als wirksam evaluiert für persistierende Positiv-Symptome wie Halluzinationen und Wahnerleben. Auch in den englischen NICE-Leitlinien (2009) wird sie als obligates psychotherapeutisches Verfahren in Kombination mit Familientherapie gefordert.

## 6 Evaluation des bedürfnisangepassten Behandlungsansatzes und Dialogs

In finnischen und schwedischen Projekten sind Studien zur Evaluation der Behandlung durchgeführt worden. Bei meist geringer Studiengröße (N=30 bis 106 – alle Ersterkrankten mit Schizophrenie-Diagnose bzw. erster psychotischer Episode einer Periode in einer oder mehreren Versorgungsregionen) und einigen anderen methodischen Problemen (keine Fremdratings, keine randomisierte Kontrollgruppe) geben die Ergebnisse starke Hinweise auf eine deutliche Überlegenheit des Ansatzes gegenüber traditionellen Behandlungsmethoden. So fanden sich in Zwei- und Fünf-Jahres-Katamnesen unter anderem:

- insgesamt geringere psychotische Symptome;
- seltener psychotische Restsymptomatik, d. h. mehr vollständige Remissionen;
- Symptombefreiheit beim überwiegenden Teil (bis mehr als 80 %) der Patienten fünf Jahre nach Behandlungsbeginn;
- deutlich kürzere stationäre Behandlungen;
- bessere psychosoziale Funktionsfähigkeit;
- ein höherer Anteil voller Erwerbsfähigkeit;
- seltenere Therapieabbrüche (Absenkung auf bis zu 5 % über fünf Jahre);
- Neuroleptikafreiheit bei 40 bis 70 Prozent der Patienten während der gesamten Behandlungsdauer mit dann besserer Symptomatik und Verlauf;
- in den übrigen Fällen erheblich geringere Dosierungen.

Die Methodik des Offenen Dialogs scheint anderen systemischen Methoden geringgradig überlegen zu sein. Dieses Ergebnis wird jedoch auch durch die längere Erfahrung der Teams überlagert. Eine ausführliche Darstellung der Forschungsergebnisse geben Aderhold et al. (2003), Cullberg (2008), Cullberg et al. (2006) sowie Seikkula et al. (2003, 2006).

Das Need-Adapted Treatment ist unseres Erachtens gegenwärtig das Behandlungsmodell, das am konsequentesten alle Phasen und Kontexte der Menschen mit psychotischen Störungen umfasst und diese durchgängig in die psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen einbezieht.

## 7 Bewertung und Einordnung

Familientherapie bei Menschen mit psychotischen Störungen ist die wirksamste psychotherapeutische Methode zur Rückfallprophylaxe (z.B. Pharoah et al., 2006). Im Vergleich mit üblichen familientherapeutischen Modellen kennzeichnen die bedürfnisangepasste Behandlung und der Offene Dialog spezifische Modifikationen, die die Wirksamkeit anscheinend noch verbessern und die Methode für mehr Familien erreichbar machen. Dies gelingt durch eine möglichst frühe und entschiedene Arbeit mit der Krise, die sofort mit dem ersten thera-

peutischen Kontakt beginnt. Sie sind Modelle der Primär- und Basisversorgung und umfassen (potentiell) die gesamte Versorgung einer gemeindepsychiatrischen Region. Die Grundversorgung wird mit einem hohen psychotherapeutischen Niveau aller Berufsgruppen praktiziert, systemisches Arbeiten ist Kern der psychiatrischen Versorgung und wird in selbstverständlicher Weise mit einzeltherapeutischen Verfahren kombiniert.

Statt mit Familien wird – wenn möglich – mit sozialen Netzwerken gearbeitet, um die Ressourcenorientierung zu verstärken und um bei sehr aufgeladener Familiendynamik die Beteiligten zu entlasten, eine deutlich erlebte Erleichterung.

Das Vorgehen ist ausgeprägt prozessorientiert, sowohl in der Struktur als auch Haltung. Über das Setting und alle weiteren therapeutischen Fragestellungen wird transparent und in Kooperation mit dem Klientensystem entschieden. Iatrogene Prozesse durch übertriebene Maßnahmen werden vermieden und die natürlichen Potentiale erschlossen. Eine unnötige Ghettoisierung wird vermieden. Flexible Akutteams ermöglichen maximale Lebensfeldorientierung und die Arbeit innerhalb des natürlichen Sozialraums. Soziale Inklusion und natürliche Beziehungen zu Peers werden so weit wie möglich aufrechterhalten.

Das Ausmaß an Stigmatisierung durch die Psychiatrie bleibt gering. Die Hinzuziehung psychiatrischer Krisenteams wird zur Normalität: Ca. 30% der Bevölkerung in West-Lappland hat in den zurückliegenden zwanzig Jahren schon an Therapieversammlungen teilgenommen. Im Umgang ist jeder Mitarbeiter um weitgehende Ent- bzw. Nicht-Pathologisierung bemüht.

Zur initialen und fortgesetzten Kontextualisierung können andere Interventionsebenen und therapeutische Verfahren hinzutreten, um der je spezifischen Komplexität gerecht zu werden. Sie stehen untereinander und zu dem ressourcenorientierten systemischen Ansatz nicht in Konkurrenz, sondern sind Erweiterung und Ergänzung. Der Offene Dialog ist daher nicht nur als eine narrative Methode zu verstehen, sondern das Gesamtmodell geht deutlich darüber hinaus. Der Fokus liegt jedoch eindeutig auf dem psychotherapeutischen Umgang.

Eindrucksvoll ist die bewusst entwickelte Selbstverständlichkeit des Tuns und Sprechens. Gemeinsam mit weitgehender Menschlichkeit, Glaubwürdigkeit und kooperativer Grundhaltung erhöhen sie die Akzeptanz des Modells und der darin arbeitenden Menschen durch die Klienten und Familien, ablesbar an einer Verringerung der Abbruchraten auf 18% bzw. 5% über fünf Jahre und einer hohen Wirksamkeit.

Beeindruckend an den Evaluationsergebnissen ist für uns, wie erfolgreich diese behutsame, dialogisch neue Selbst-, Beziehungs- und Weltaspekte erschließende Methodik auch bei psychotischen Störungen ist, denen ja weitgehende Strukturdefizite zugeschrieben werden. Diese Effekte entstehen aber auch durch die internalisierenden Prozesse im Rahmen langfristiger therapeutischer Einzelbeziehungen. Traumatisierungen werden bei diesem Vorgehen öfter deutlich. Bei schwerer intrafamiliärer sexueller Traumatisierung – gemäß nur einer Studie bisher 18% (Darves-Bornoz et al., 1995) – kann nach den Erfah-

rungen in West-Lappland oft keine Arbeit mit der Ursprungsfamilie mehr stattfinden. Oft wird dann ein einzeltherapeutisches Vorgehen gewählt.

Was sich bei Psychosen bewährt, ist vermutlich grundsätzlich auch gut für andere Störungen gut geeignet. Für depressive Störungen jedenfalls scheint der Ansatz – gemäß einer laufenden Evaluationsstudie – genauso erfolgreich zu sein. Es ist zu erwarten, dass das Ausmaß an gegenwärtig beobachtbarer Chronifizierung in und durch die Psychiatrie durch Ausweitung des Ansatzes deutlich geringer würde.

## Literatur

- Aderhold, V., Alanen, Y., Hess, G., Hohn, P. (Hrsg.) (2003). *Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Alanen, Y. O. (2001). *Schizophrenie – Entstehung, Erscheinungsformen und bedürfnisangepaßte Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääköläinen, V. et al. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, S. 363–372.
- Cullberg, J. (2008). *Therapie der Psychosen. Ein interdisziplinärer Ansatz*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S. et al (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish »Parachute Project« and Two Comparison Groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (10), 274–281.
- Darves-Bornoz, J.-M., Lemperiere, T., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 78–84.
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia – a 5-year follow-up study from the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96–101.
- Lehtinen, K. (1994). Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 89–96.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T. et al. (2000). Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312–320.
- NICE clinical guideline 82 (2009). *Schizophrenia – Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Oct 18 (4), CD000088.
- Seikkula, J. (2002). Die Kopplung von Familien und Krankenhaus. In N. Greve, T. Keller (Hrsg.), *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 303–321). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K. (2006). Five-years experiences of

- first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy and Research*, 16, 214–228.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5 (3), 163–182.
- Seikkula, J., Alakare, B. (2007). Offene Dialoge. In P. Lehmann, P. Stastny (Hrsg.), *Statt Psychiatrie 2* (S. 234–249). Berlin: Antipsychiatrie Verlag.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2007). *Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*. Neumünster: Paranus Verlag.
- Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A. et al. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10–17.

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Volkmar Aderhold, Hansaplatz 4, 20099 Hamburg; E-Mail: volkmar.aderhold@uni-greifswald.de