

Open Dialogue: ein neuer, bedürfnisorientierter Ansatz zur psychiatrischen Krisenintervention

Interview mit Martin Weyer, Verantwortlicher für Fortbildung und Entwicklung Pflege, Clenia Littenheid AG.

Weyer Martin, Studer Karl

Karl Studer: Worum geht es im Offenen Dialog («Open Dialogue»)?

Martin Weyer: Das Behandlungskonzept des Offenen Dialogs ist in Finnland in den 1980er- und 90er-Jahren aus der bedürfnisangepassten Behandlung zur Therapie von psychotischen Erkrankungen entstanden. Es beschreibt, wie Menschen in schweren psychischen Krisen durch den Einbezug ihres sozialen Netzwerks unterstützt werden können. Ambulante Netzwerkgespräche stellen die zentrale therapeutische Intervention des Offenen Dialogs dar. In diesen Gesprächen begegnen sich die relevanten Personen des sozialen und professionellen Netzwerks des Betroffenen auf Augenhöhe. Die Stimmen, Gefühle, Bedürfnisse und Sichtweisen aller Beteiligten werden wertschätzend gehört und dialogisch aufeinander bezogen. Daraus ergeben sich gemeinsame Verständnis- und Lösungsansätze, die miteinander entwickelt und umgesetzt werden. Weitere therapeutische Verfahren kommen nach den individuellen Bedürfnissen des Patienten dazu. Wichtig ist, dass der oder die Betroffene bei den Gesprächen anwesend ist und als Experte seiner Krise angesehen wird.

KS: Was ist das Spezifische bei dieser Behandlungsmethode und woher stammt sie?

MW: Das Team um Yrjö Alanen an der Universitätsklinik Turku verband in den späten 1970er-Jahren die systemische Familientherapie mit der psychodynamischen Psychotherapie. Die ersten Fortbildungen in Turku wurden Ende der 1980er-Jahre vom Heidelberger Institut durch Helm Stierlin und Michael Wirsching durchgeführt. Im Rahmen der bedürfnisangepassten Behandlung wurde historisch erstmals systemische Praxis als Kernbestandteil in ein Modell der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung integriert. Darüber hinaus wurde durch Jaakko Seikkula und sein Team für den Offenen Dialog zur Durchführung der Netzwerkgespräche eine spezifische Methodik der dialogischen Praxis («Dialogik») entwickelt, für die einzelne, sogenannte Schlüsselemente formuliert sind. Der Hintergrund dieser dialogischen Praxis bildet eine systemische Grundhaltung, die von der Annahme ausgeht, dass Wirklichkeit fortlaufend dialogisch und aus mehreren Perspektiven konstruiert wird (sozialer Konstruktivismus) und unaufhebbar vielstimmig ist (innere und äussere Polyphonie) und dass es notwendig ist, Unsicherheit zu to-

lerieren (Ambiguitätstoleranz); eine Haltung schliesslich, deren Prozess- und Ressourcenorientierung kennzeichnend ist. Dementsprechend wendet der Offene Dialog eine Vielzahl von Methoden und Instrumenten aus der Systemischen Therapie an, wie z.B. zirkuläre Fragen, positive Konnotation, «Reframing», Metaphernarbeit, Soziogramm und «Reflecting Team».

Aus der projektbegleitenden Handlungsforschung zur Effektivität des Offenen Dialogs konnten sieben therapeutische Prinzipien herausgefiltert werden [1]:

Sofortige Hilfe bei Krisen: Mobile, multiprofessionelle Behandlungsteams kümmern sich darum, dass innerhalb von 24 Stunden nach Eingehen des Hilferufes das erste Netzwerktreffen bei der betroffenen Person zuhause oder an einem anderen für sie sicheren Ort stattfindet. Dies ist deshalb wichtig, weil in den ersten Tagen der Krise die belastenden Erfahrungen sehr viel leichter zur Sprache kommen können als später.

Das persönliche *soziale Netzwerk* der Patienten und Patientinnen wird als positive Ressource betrachtet und auch bei akuten Psychosen miteinbezogen. Die Familienangehörigen erleben es meist als entlastend, wenn weitere wichtige Bezugspersonen dabei sind, die im Behandlungsprozess hilfreich sein könnten. Je nach Bedarf und Ausgangslage können dies Freunde, Nachbarn, Arbeitgebende, Lehrpersonen, aber auch weitere Fachpersonen wie die ambulante Psychotherapeutin, die Spitexbetreuerin oder die ausgebildete Genesungsbegleiterin sein.

Flexibilität und Bedürfnisorientierung, bei der die flexible Anpassung an die Sprache, den Stil und die Lebenswelt der oder des jeweils Betroffenen und seines oder ihres Netzwerks im Vordergrund steht. Es gibt keine standardisierten Behandlungsprogramme, weil jede Krise als einmalig betrachtet wird. Das gilt auch für die personelle Besetzung des Teams und für den zu wählenden Ort des Netzwerkgesprächs, der sowohl beim Patienten zu Hause als auch am Arbeitsplatz oder in der Klinik liegen kann.

Verantwortlichkeit, was bedeutet, dass nach einem Hilferuf das psychiatrische Behandlungsteam die Verantwortung für die Organisation und die Durchführung des gesamten Behandlungsprozesses übernimmt. Eine Überweisung an andere Stellen ist nicht vorgesehen.

Correspondence:
Dr. Karl Studer, Praxis im Klosterhof, Klosterhofstrasse 1, CH 8280 Kreuzlingen, Karl.studer[at]blue-mail.ch

Die *Psychologische Kontinuität* soll gewährleistet werden, indem ein Therapeutenwechsel möglichst vermieden wird, um Sicherheit zu vermitteln, die Verständigungsprozesse des Netzwerks zu erleichtern und Therapieabbrüche zu verhindern.

Toleranz von Unsicherheit, d.h. Therapeutinnen und Therapeuten halten Vielstimmigkeit und Mehrdeutigkeit aus und verzichten z.B. auf vorschnelle Diagnosen oder Entscheidungen. Dies stellt eine Besonderheit des Offenen Dialogs dar. Die Gesprächsführung ist geprägt durch empathisches, klärendes Nachfragen, Verständnis und Wertschätzung und verzichtet auf Wertungen.

Die für die Netzwerkgespräche entwickelte *Dialogik* legt den Schwerpunkt auf offene Dialoge, die als gemeinsames, aufeinander bezogenes Nachdenken verstanden werden, wodurch die Betroffenen die Handlungskompetenz für ihr eigenes Leben stärken können. Seikkula spricht hier von «fortgesetzten wechselseitigen Erstaunen» als der Bereitschaft, sich im Gesprächsprozess berühren zu lassen, wodurch Heilsames entsteht [2]. Diese offene und empathische Haltung ist für das Gelingen wichtiger, als technische Methoden. Jede Stimme wird gehört (äussere Polyphonie), auch die möglicherweise zahlreichen Stimmen innerhalb jedes Teilnehmenden (innere Polyphonie).

KS: Warum ist der Dialog dabei so wichtig?

MW: Dies sei am Beispiel der Psychose näher erläutert. Im Ansatz des Offenen Dialogs wird eine Psychose als eine prinzipiell verstehbare Reaktion auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme aufgefasst. Psychotisch veränderte Mitteilungen werden als ein sinnhafter Versuch verstanden, Kommunikation herzustellen, der auf andere Weise nicht oder nicht mehr möglich ist. Psychotische Erfahrungen werden deshalb offen und wertschätzend aufgenommen und diskutiert. Die Professionellen konzentrieren sich darauf, wie man die Äusserungen des psychotisch erlebenden Patienten verstehen und beantworten kann. Denn für das Wort, und folglich für einen Menschen, gibt es nichts Schrecklicheres als eine ausbleibende Antwort. Der Dialog beginnt damit, genau zuzuhören, was die Klienten und alle Anwesenden tatsächlich sagen, anstatt zu interpretieren, was sie vermutlich denken. Indem andere Netzwerkteilnehmende von den Teammitgliedern um Resonanz zu dem, was gesagt wurde, gebeten werden, helfen sie einander, ein vielstimmiges Bild des Ereignisses entstehen zu lassen. Innere und äussere Dialoge der Anwesenden verbinden sich, mit zunehmender Offenheit wird das sprechend (und auch nonverbal) aufeinander bezogene Netzwerk im Sinne der „Polyphonie des Lebens“ zur treibenden Kraft der Psychotherapie.

KS: Welche Bedeutung hat dabei die Methode des «Reflecting Team»?

MW: In nahezu jedem Gespräch entsteht eine Situation, in der die Dialoge blockiert sind oder sich nicht weiter vertiefen. Mithilfe der vom norwegischen Psychiater Tom Andersen vor über 30 Jahren entwickelten Methode des «Reflecting Team» gehen dafür vorbestimmte Fachpersonen in die Metakommunikation und teilen dem Netzwerk mit, was sie während des Gesprächs empfunden haben. Sie geben ihre Eindrücke mit Bedacht wider, indem sie ihre Gedanken in einfachen, kurzen Sätzen und in wertschätzender Art kundtun und zwischen den einzelnen

Aussagen kurze Pausen machen, z.B. «Mich beeindruckt der Mut der Tochter, sich für ihren Vater einzusetzen.», «Wenn ich mir vorstelle, wieviel es den Vater gekostet hat, sich bei XY Hilfe zu holen ...». Für die Zeit der Reflektion suchen sich die Reflektierenden einen Ort ausserhalb des Gesprächskreises, und sprechen wie aus dem «Off» vor sich hin. Durch die Reflektion von aussen eröffnet sich für die Netzwerkteilnehmenden ein Resonanzraum, der es ihnen ermöglicht, sich selbst und einander neu zu hören und sich neu zueinander in Beziehung zu setzen.

KS: Welche Anforderungen müssen die Professionellen des interdisziplinären Teams im Offenen Dialog erfüllen?

MW: Fachpersonen, die mit dem Offenen Dialog arbeiten, sind bereit, nach den oben genannten therapeutischen Prinzipien zu arbeiten, sollten Freude am interdisziplinären Arbeiten in multiprofessionellen Teams haben sowie den Mut, ihre Expertensicht zugunsten der Weisheit und der Expertise des Netzwerks hintanzustellen. Sie haben das Rüstzeug, Netzwerkgespräche als offene Prozesse zu führen, und sie verfügen über die dazu erforderlichen systemischen und dialogischen Methodenkompetenzen.

KS: Gibt es hier allenfalls auch ein Tätigkeitsfeld für Peers?

MW: Peers zeichnen sich durch ihr spezifisches Erfahrungswissen aus, sei es als Betroffene oder Angehörige. Erste Erfahrungen mit der Integration von Peers in die Behandlungsteams zeigen, dass sie über besondere Fähigkeiten verfügen, für die Klienten und ihre Angehörigen als Türöffner, Übersetzer, Hoffnungsträger, «Entängstiger» oder Brückenbauer zu fungieren. Damit leisten sie einen sehr wertvollen Beitrag zur Entwicklung des dialogischen Verständigungsprozesses und bereichern überdies die Polyphonie des Behandlungsteams.

KS: Welche Rolle spielen Psychopharmaka beim Offenen Dialog?

MW: Im Kontext einer hochfrequenten psychosozialen Krisenbehandlung wird bei Ersterkrankten ein neuroleptikafreier Behandlungszeitraum von drei bis vier Wochen angestrebt. So bleibt Zeit, das Problem und seine Dimensionen zu verstehen. Je nach Verlauf der Symptomatik wird dann ganz auf Neuroleptika verzichtet oder ihre Anwendung in weiteren Netzwerkgesprächen mit allen Vor- und Nachteilen diskutiert. Wenn überhaupt, werden sie in niedriger Dosierung gegeben. In einer Follow-up-Studie von Seikkula & Arnkill nutzten nur 33% der akut psychotischen Patientinnen und Patienten in einer Beobachtungsphase von 5 Jahren Neuroleptika [2]. Patienten, die in der ersten psychotischen Krise keine Neuroleptika benötigten, konnten grösstenteils auch in weiteren Krisen auf sie verzichten.

KS: Welche Effekte können mit dieser Behandlungsmethode erzielt werden?

MW: Die bislang in vier naturalistischen Kohortenstudien an Ersterkrankten mit nicht-affektiven Psychosen aufgezeigten Behandlungsergebnisse über zwei bzw. fünf Jahre beeindrucken [3] ((u.a.). Allen Studien ergaben eine ungewöhnlich niedrige Rate von Krankenhaustagen (im Durchschnitt 14 Tage pro Person versus 117 Tagen in der Vergleichsgruppe), hohe Raten von Integration in Ausbildung, Studium oder Beruf von durchgängig 70 bis 80 Prozent, sowie geringe Rückfallraten von 17 bis 28

Prozent innerhalb von zwei Jahren in Verbindung mit keinen oder niedrigen Dosen verwendeter Psychopharmaka.

KS: Für welche Behandlungssettings ist der Offene Dialog geeignet?

MW: Die mir bekannten Einsatzfelder für den Offenen Dialog sind: bei laufenden Therapien als ergänzende Intervention, zu Beginn und Ende eines Behandlungsprozesses, bei strukturellen Übergängen (z.B. Verlegungen), zur gemeinsamen Entwicklung von Krisenplänen, zur Krisenbegleitung, zur Bearbeitung umschriebener Problemstellungen und als koordinative Netzwerktreffen aller am Fall beteiligten Professionellen.

KS: Was möchten Sie den Lesern dieser Zeitschrift noch sagen?

MW: Systemische, dialogisch orientierte Psychiatrie ist ein grosser Gewinn für die Betroffenen, die Angehörigen und die Behandlungsträger. Die Behandlung soll möglichst

früh, möglichst nah am Lebensumfeld und auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt stattfinden. Dadurch können einschneidende und kostspielige Folgen wie Suizide, stationäre Behandlungen, Zwangseinweisungen oder Invalidisierungen oft verhindert werden. Die Politik ist gefordert, hierfür angemessene Finanzierungsmodelle zu schaffen.

Literatur:

- 1 Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five -years experiences of first episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow up outcomes, and two case studies. *Psychother Res.* 2006;16(2):214–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300500268490>.
- 2 Seikkula J, Arnkil TE. (2007) Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster, Paranus Verlag.
- 3 Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The western Lapland Project. *Psychosis.* 2011;3(3):1–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>.