

Bedürfnisangepasste Behandlung und Offener Dialog – eine Übersicht

Volkmar Aderhold, Petra Hohn und Jost Vogelsang

Zusammenfassung

In Finnland entstanden in den 1980er Jahren die sogenannte Bedürfnisangepasste Behandlung und der Offene Dialog. Beide Modelle der Behandlung und Versorgung von Menschen mit einer Psychose, welche in einigen Regionen Skandinaviens mittlerweile in die Routineversorgung übergegangen sind, zeichnen sich durch sofortige und flexible Hilfe, die ausdrückliche und rasche Einbeziehung der Familie und weiterer Bezugspersonen, Therapieversammlungen mit dialogischer Offenheit möglichst zuhause, eine personell kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team und eine möglichst niedrig dosierte selektive Psychopharmakotherapie aus. Psychologische Kontinuität entsteht durch die Integration verschiedener Therapiemethoden im Behandlungsprozess und durch den gemeinsam erlebten dialogischen Prozess. Dazu liegt der Fokus der Netzwerkgespräche primär auf der Förderung von Dialogen, in denen jeder gehört werden kann, damit neue psychologische Bedeutungen von Symptomen und die gemeinsame Erfahrung dieses Prozesses entstehen.

Der Artikel skizziert überblickshaft beide Modelle, Studienergebnisse und vermittelt auf diese Weise etwas von der Kraft dialogischer Prozesse mit den wichtigsten Bezugspersonen. Nach den Erfahrungen der Autoren sind dialogisch geführte Netzwerkgespräche die wirksamste psychotherapeutische „Einzelintervention“, die es derzeit gibt.

Bedürfnisangepasste Behandlung und Therapieversammlungen

Mit Beginn der 1970er Jahre entwickelte eine Gruppe um Yrjö Alanen in Turku, Finnland, über mehrere Phasen das Modell der Bedürfnisangepassten Behandlung (Alanen, 2001; Aderhold et al., 2003; Weinmann u. Aderhold, 2012). So wurden Mitte der 80er die sogenannten Therapieversammlungen („therapy meetings“) oder Netzwerkgespräche zur Hauptachse des gesamten Therapieprozesses (Alanen, 2001). Sie wurden dabei eingebettet in ein Behandlungssystem, das noch weitere strukturelle und methodische Behandlungsmöglichkeiten je nach Bedarf zur Verfügung stellen konnte:

- Multiprofessionelle ambulante mobile Teams
- Krisendienst über 24 h
- Akutstation im Krankenhaus
- Individualpsychotherapie
- Kunsttherapie, Musiktherapie, Ergotherapie

Später wurden ergänzt:

- Krisenwohnung (erstmalig im Parachute-Projekt in Schweden ab 1996)
- Unterstütztes Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt

In diesem zunächst für Menschen mit Psychosen entwickelten Modell finden Netzwerkgespräche mit den wichtigen Bezugspersonen des Klienten und dem behandelnden Team möglichst früh zu Beginn einer Behandlung statt und werden kontinuierlich, je nach Bedarf in kürzeren oder längeren Abständen, weitergeführt.

Die meisten Familien sind bei der ersten Aufnahme für eine Zusammenarbeit gut motiviert. Das Team kann jedoch auch Therapieversammlungen mit dem Patienten allein arrangieren, falls Angehörige nicht teilnehmen wollen oder wenn andere Gründe dafür vorliegen.

Wenn Therapieversammlungen erfolgreich fortgesetzt werden, kann dies z. B. eine Krankenhausaufnahme völlig erübrigen. Werden Patienten auf einer Station aufgenommen, finden die Therapieversammlungen dort als wesentlicher Bestandteil des milieutherapeutischen Prozesses statt und die zuvor ambulant behandelnden Professionellen werden möglichst einbezogen. Diese intensiven anfänglichen Therapieversammlungen dienen dazu, die therapeutischen Aktivitäten in jedem einzelnen Fall so individuell zu planen und dann flexibel auszuführen, dass sie den wirklichen und veränderlichen Bedürfnissen der Klienten sowie der Menschen, die ihr persönliches soziales Netzwerk bilden (bei ersterkrankten Patienten meist ihre Familie), entsprechen, sich ergänzen und insgesamt einen kontinuierlichen Prozess darstellen. Auch Einzelgespräche finden statt, wenn der Patient dies wünscht oder wenn er stationär behandelt wird. Ob im Verlauf eine eher familien- oder individualpsychotherapeutische Behandlungsorientierung eingeschlagen wird, entscheidet sich weitgehend in diesen Versammlungen.

Diese Therapieversammlungen haben gleichzeitig eine informative, diagnostische und therapeutische Funktion. Diese Familien- und Krisenorientierung lenkt die Aufmerksamkeit auf die Lebenssituation des Patienten und seine gegenwärtigen Probleme, wobei bereits der Beginn einer Psychose als ein interaktionelles Phänomen aufgefasst wird. Dadurch bessert sich oft die „psychotische Regression“ (Alanen et al., 2003, S. 68) des Patienten oder bildet sich ganz zurück. Diese Netzwerkgespräche verringern auch die soziale Zurückweisung der Patienten und die Tendenz, sie als „krank“ zu stigmatisieren, und damit auch die Konsequenzen einer Isolation von ihrem sozialen Umfeld.

Ein besseres gegenseitiges Verständnis aller Beteiligten, ihrer Gedanken, Gefühle und Absichten, der Unterschiede und der Grenzen zwischen ihnen und ihrer jeweiligen Individualität und Individuation wird angestrebt. Das gemeinsame Verständnis, das in diesen Treffen

erreicht wird, dient als Basis für die Integration aller weiteren therapeutischen Aktivitäten. Dabei geht der Ansatz davon aus, dass ein „gemeinsames Leitbild“ – meist unausgesprochen oder unbewusst – existiert, das die Interaktionen im Netzwerk bestimmt. Durch wiederholte gemeinsame Erfahrungen des Klienten und aller Beteiligten, durch Beobachtungen und Hypothesen in Therapieversammlungen und in anderen Situationen kann dieses Leitbild allmählich verstanden und als gemeinsame Annahme, die den Prozess steuert, bewusst gemacht werden. Dies wird als „Leitbildverfahren in der Behandlung“ bezeichnet (Aaltonen et al., 2003, S. 191).

Eine Sackgasse entsteht in den Therapieversammlungen dann, wenn im Erstgespräch Familien und Teammitglieder miteinander über die Krankheit des Patienten diskutieren. Wenn dies passiert, wird das gemeinsame Bild auf das einer Krankheit im medizinischen Sinne reduziert und gleichzeitig geht das Veränderungspotenzial, das in einem systemischen, psychodynamischen Verständnis enthalten ist, verloren.

Weitere therapeutische Angebote und Methoden können im Rahmen von Therapieversammlungen mit allen wichtigen Professionellen leichter integriert werden und gewinnen so mehr Kohärenz und Wirksamkeit für den therapeutischen Gesamtprozess. Wenn es im Verlauf zu einem Wechsel der Therapeuten oder einer therapeutischen Methode oder der Einrichtung kommt, sind gemeinsame Therapieversammlungen für die Integration und die Kontinuität des Behandlungsprozesses besonders bedeutsam. Grundsätzlich soll bei der bedürfnisangepassten Behandlung die Anwesenheit des Klienten in allen Situationen sichergestellt werden, die ihn und seine Behandlung betreffen.

Therapieversammlungen erfordern Sensibilität und daher eine gute Zusammenarbeit aller Mitarbeiter. Damit die Versammlungen fruchtbar werden, benötigen daher die beteiligten Mitarbeiter Erfahrung und eine qualifizierte Ausbildung. Die ersten Fortbildungen in Turku wurden interessanterweise Ende der 1980er Jahre vom Heidelberger Institut durch Helm Stierlin und Michael Wirsching durchgeführt.

Damit wurde historisch erstmals systemische Praxis als Kernbestandteil in ein Modell der gemeindepsychiatrischen Grundversorgung integriert. Die Erfahrung zeigte, dass die „Akute-Psychose-Teams“ und die initialen Therapieversammlungen mit der damit verbundenen familienorientierten Untersuchung den Kern der Erstbehandlung schizophrener Patienten in der Gemeindepsychiatrie ausmachten. „Der familientherapeutische Ansatz wird auch in späteren Phasen einer Behandlung oft noch benötigt, aber auch die Bedeutung einer langfristigen psychodynamischen Einzeltherapie für viele Patienten sollte nicht unterschätzt werden. Ein gut ausgebautes Behandlungssystem sollte für eine optimale Behandlung schizophrener Patienten beides ermöglichen.“ (Alanen et al., 2003, S. 88)

Die strukturelle Basis dieses Modells sind ambulante multiprofessionelle Teams. Ein vorrangiges Entwicklungsziel für diese Teams war dabei die Verbesserung der Arbeitsatmosphäre. Dafür sollte durch Neugierde im systemischen Sinne das Verständnis der Mitarbeiter erweitert und ihr Engagement und ihre Freude bei der Arbeit gefördert werden. So sollte ein Milieu entstehen, „in dem Mitarbeiter, Patienten und Angehörige wieder Optimismus entwickeln und diesen aufrechterhalten können“ (Alanen et al., 2003, S. 87).

Das Potenzial dieses Modells zur Ambulantisierung wurde in einer 5-Jahres-Verlaufsstudie an erkrankten Menschen mit Schizophrenie-Diagnose deutlich (Lehtinen, 1993), bei der im Vergleich mit der Regelversorgung nur die Hälfte der Behandlungstage im Krankenhaus in Anspruch genommen wurde. Durch ein nationales Schizophrenie-Projekt über 10 Jahre konnte die Anzahl der Langzeit-Patienten um 60 % und die der psychiatrischen Betten um 50 % reduziert werden (Tuori et al., 1998). In einer weiteren Vergleichsstudie konnte gezeigt werden, dass diese Praxis die Behandlung ohne Neuroleptika bei 40 % der Ersterkrankten möglich macht (Lehtinen et al., 2000).

Gegenüber dem bekannteren, ebenfalls ambulanten und teambasierten Assertive Community Treatment (ACT) versteht sich dieses Modell viel deutlicher als psychotherapeutisch. Es fokussiert zudem deutlicher auf die Familie und weitere Bezugspersonen und damit auch auf soziale Inklusion.

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

Ausgehend von der bedürfnisangepassten Behandlung entwickelte eine Gruppe um Jaakko Seikkula ab 1984 in West-Lapland das Modell des Offenen Dialogs. Ursprünglich bestand das Anliegen der Gruppe jedoch darin, die Patientinnen und Patienten einer Langzeitklinik (Keropudas Krankenhaus in Tornio) in einer Region mit hoher Inzidenz für „Schizophrenie“ zu enthospitalisieren.

Der entscheidende erste Schritt bei der Modellentwicklung bestand in einer veränderten Reaktion des Systems auf alle akuten Krisen: Initiale Netzwerktreffen mit der betroffenen Person, seiner Familie, weiteren unterstützenden Personen und möglicherweise bereits einbezogenen Professionellen finden – bis auf Notfälle – vor einer Entscheidung über eine Hospitalisierung statt. Es folgten weitere klinische und organisatorische Veränderungen sowie Evaluationen durch qualitative und quantitative Verlaufsstudien, bis das Modell erstmals 1995 publiziert wurde (Seikkula et al., 1995; Aaltonen, Seikkula, Lehtinen, 2011), das weitgehend auf die Arbeit mit ambulanten multiprofessionellen Teams und Hometreatment mittels kontinuierlicher Netzwerkgespräche und Einzelpsychotherapie bei Bedarf ausgerichtet ist.

Ein entscheidender Schritt war die Formulierung von sieben Prinzipien, die vor allem die organisatorischen Erfordernisse an das Behandlungssystem definieren:

- (1) Sofortige Hilfe in Krisen innerhalb von 24 Stunden
- (2) Perspektive auf das soziale Netzwerk, vor allem durch Netzwerktreffen von Beginn an und kontinuierlich bei Bedarf
- (3) Flexibilität und Mobilität
- (4) Verantwortlichkeit der Teams für die Durchführung des gesamten Behandlungsprozesses
- (5) Beziehungskontinuität und Kontinuität des Verstehens, wenn erforderlich auch über mehrere Jahre
- (6) Toleranz von Unsicherheit in einem Sicherheit gebenden Rahmen von bis zu täglichen Netzwerktreffen, falls in der akuten Krise erforderlich, um frühzeitige Entscheidungen zu vermeiden, z. B. über Medikation und Hospitalisierung. Jeder Beteiligte sollte sich in diesem Setting sicher genug fühlen.
- (7) Dialogismus als methodischer Fokus, d. h. primär ein Fördern von Dialogen und erst sekundär von Veränderungen bei dem Patienten und der Familie

Ergänzend für das praktische Vorgehen kann noch hinzugefügt werden:

- (8) Individuelle Psychotherapie bei Bedarf (45 – 65 % der Klienten in unterschiedlichen Kohorten)
- (9) Selektive Anwendung von Neuroleptika

Kurzer Überblick

In der Praxis stehen bei einer Krise von Menschen mit schwereren psychiatrischen Störungen innerhalb von 24 Stunden am Lebensort der Betroffenen mindestens zwei systemtherapeutisch ausgebildeten Mitarbeiter zu einem Gespräch von ca. 1,5 Stunden zur Verfügung. Die Betroffenen oder die anderen kontaktsuchenden Personen werden gebeten, zu dem Netzwerkgespräch möglichst viele Familienmitglieder und wichtige weitere Bezugspersonen, die sich Sorgen machen, Kenntnisse haben oder hilfreich sein könnten, einzuladen. Dadurch soll größtmögliche Transparenz sowie eine offene Diskussion des Problemverständnisses und der Behandlungsschritte entstehen.

Diese Netzwerkgespräche werden dann so oft wie gewünscht durch dasselbe Team fortgesetzt. Wer am nächsten Gespräch teilnimmt, wird am Ende eines jeden Gesprächs gemeinsam entschieden. Auf die Passung des Teams mit dem Patienten und seinem Netzwerk wird besonderen Wert gelegt. In einer ersten schweren akuten Krise sind tägliche Treffen auch

über zehn bis zwölf Tage hinweg möglich und sie werden auch dann fortgesetzt, wenn der Patient oder die Patientin doch stationär aufgenommen wird.

Bei etwa 50 % der Ersterkrankten kann die Behandlung bereits nach zwei Jahren beendet werden (d. h., es entsteht kein Behandlungsbedarf in den folgenden drei Jahren), für die anderen dauert sie länger, relativ selten fünf Jahre oder auch länger.

Diese dialogischen Netzwerkgespräche dienen dem langsamen, vielperspektivischen Verstehen, wobei auch die häufig unterschiedlichen professionellen Perspektiven transparent werden sollen. Alle Beteiligten kommen möglichst offen miteinander ins Gespräch und fällige Entscheidungen werden möglichst mit dem Konsens aller getroffen. Auch zentrale Erfahrungen der Lebensgeschichten sollen zur Sprache kommen und unmittelbarer Bestandteil des Diskurses werden. Die natürlichen sozialen Ressourcen werden genutzt und gefördert, was dem Risiko sozialer Exklusion entgegenwirkt.

Das methodische Vorgehen ist ein Wechsel von genauem Zuhören, sich jede Stimme verständlich machen und Antwort geben durch ein echtes Interesse an dem, was jede Person im Raum zu sagen hat. Jegliche Andeutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte, soll vermieden werden. Hinzu kommen Reflexionen unter den Teammitgliedern über das Gehörte und Erlebte und – falls erforderlich – über Behandlungsideen. Unterschiede werden dabei transparent gemacht, Subjektivität und Vielstimmigkeit haben sich als förderlich für den Gesamtprozess erwiesen.

Hintergründe

Der erkenntnistheoretische Hintergrund dieser systemischen Praxis basiert auf dem **sozialen Konstruktivismus**: Wirklichkeit, Wahrheit und Selbst werden als Ergebnis sozialer und kultureller Prozesse aufgefasst, Sprache bildet die Wirklichkeit dabei nicht ab, sondern bringt diese hervor. Verschiedene Wahrheiten sind damit unausweichlich. Die in West-Lapland unter Jaakko Seikkula entwickelte und zusätzlich von Tom Andersen inspirierte Methode des Offenen Dialoges greift dabei auf den **Dialogismus** in der Philosophie von **Mikhail Bakhtin** (1988) zurück. Diese besagt, dass in der gesamten Welt zu nichts nur eine Bedeutung existiert, sondern vielmehr eine große Anzahl sich gegenseitig anzweifelnder Ideen. Sogar in einem einzelnen Individuum gibt es immer vielfältige Stimmen und Perspektiven, denn die Sprache, die verwandt wird, wurde von anderen „geliehen“. Weil immer unterschiedliche Standpunkte existieren, ist eine „Polyphonie“ und diskursive Interaktion vieler, auch nicht vereinbarer „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.

Es kann demnach immer nur eine vorübergehende subjektive oder situativ gemeinsam empfundene Wahrheit entstehen, dies jedoch nur durch Bezogenheit, Engagement und Hingabe in einem dafür geeigneten Kontext. Diese „Wahrheit“ entsteht erst durch eine Vielfalt von beitragenden Stimmen. Sie kann nicht von einer einzelnen Meinung bestimmt, von einem individuellen Bewusstsein gewusst und nicht von einer einzelnen Stimme ausgedrückt werden. Diese polyphone Wahrheit braucht viele gleichzeitige Stimmen (vgl. Robinsohn, 2011).

Jede Rede ist dabei gerichtet auf ein Feld „fremder Worte“ und fremder Werturteile. Ein aktives und engagiertes Verstehen der Rede der anderen nimmt dabei die Perspektive des Gegenübers in den eigenen Denkkontext auf, verändert dabei diese wieder geringfügig in Form und inhaltlichen Nuancen. Es ist diese Möglichkeit des Lernens aus dem Denken des anderen und dem sich Verbinden mit dem Gesprochenen des anderen, das Dialog und Neuheit in der Sprache möglich macht. Sie ist als Dialog auch auf die Perspektive des anderen hin orientiert und sucht nach Möglichkeiten, neue Elemente in die eigene Perspektive einzuführen. Sie findet damit quasi „auf einem fremden Territorium“ statt (vgl. Robinsohn, 2011).

Es gibt in jedem Menschen etwas, das nur durch einen solchen freien Diskurs aktualisiert werden kann. Dies gelingt jedoch erst, wenn alle Teilnehmer des Diskurses in der Lage sind, unabhängig zu sprechen und zu handeln.

Darüber hinaus fasst Bakhtin – wie selbstverständlich auch andere – menschliche Begegnungen als grundsätzlich einzigartig und einmalig auf, so dass sich in jedem wahrhaft dialogischen Gespräch immer wieder neue Begegnungen und Wege des Miteinanders eröffnen können (Seikkula u. Arnkil, 2007, 2014). Damit wurden Konzepte zu spezifischen Beziehungs- und Kommunikationsmustern in Familien mit sogenannten Indexpatienten und deren absichtsvoller Veränderung verlassen. Auch die Idee einer tieferen, hinter dem Beobachtbaren liegenden, zu entschlüsselnden Wahrheit wurde aufgegeben (sogenannter post-strukturalistischer Ansatz). Im Mittelpunkt der systemischen Praxis steht die Förderung einer Atmosphäre von Offenheit und Spontaneität, in der ein wahrhaftiger dialogischer Austausch über alle von den Anwesenden für bedeutsam erachteten Themen möglich wird.

Monologische abstrakte dominante Wahrheiten bedeuten den diskursiven Tod des anderen. Menschliches Bewusstsein wird als das ständig neue Ergebnis von Interaktionen aufgefasst, authentisches Leben als immer wieder ergebnisoffener, unabschließbarer Dialog. Jede einzelne Sichtweise erhellt immer nur einige Aspekte einer „Sache“, aber gleichzeitig verbirgt oder verdeckt sie damit notwendig eine andere. Die einzelnen Perspektiven werden nicht als partielle oder komplementäre Wahrheiten aufgefasst, vielmehr entstehen erst aus dem dynamischen Zusammenspiel und dem Umbruch der einzelnen Perspektiven neue Realität

ten und Sichtweisen. Dabei gibt gerade die anfängliche Unvereinbarkeit und Unvergleichbarkeit der Perspektiven dem Dialog seine Kraft.

Jeder sprechende soziale Raum entwickelt sein eigenes „Sprachgenre“, eigene Gewohnheiten des Sprechens und der Sprache. Dadurch wird die individuelle Sprache ausgerichtet und in ihrer Freiheit begrenzt. In den Sprachgenres sind auch soziale Werte, Weltanschauungen und Interessen enthalten. Dies gilt in besonderem Masse für die kodifizierte Psychiatrie. Eine Sprache ohne ein solches Genre gibt es jedoch nicht. Sprachgenres unterscheiden sich dadurch, wie viel Individualität in ihnen zugelassen wird. Nur die eigene Reflexivität und der Austausch darüber kann monologisches Sprechen und Denken verhindern. Auch sollten die Teilnehmer der einzelnen Sprachgenres mit denen anderer Genres in einem dialogischen Austausch stehen, um die Entstehung neuer Monologismen zu vermeiden oder zumindest einzugrenzen.

Bakhtin versteht Sprache als eine fortlaufende, unendliche Kette von Bedeutungen, die ständig durch jedes Glied in dieser Kette erneuert und auch neu geboren wird.

Offener Dialog und Psychose

Im Ansatz des Offenen Dialoges wird eine Psychose – neben weiteren erklärenden Dimensionen – als eine prinzipiell verstehbare Reaktion auf unerträgliche und ungelöste Lebensprobleme aufgefasst. Daher wird eine psychotisch veränderte Mitteilung auch als ein sinnhafter Versuch verstanden, Kommunikation herzustellen, die auf andere Weise nicht mehr oder noch nicht möglich ist.

„Wir beobachten üblicherweise, dass Patienten offenbar eine Erfahrung machen, die von dem Rest ihrer Familie nicht wahrgenommen wird. Auch wenn der Kommentar von Patienten in den ersten Versammlungen unverständlich erscheint, lässt sich nach einer Weile feststellen, dass der Patient über reale Vorkommnisse in seinem Leben spricht. Oft schließen diese Begebenheiten ängstigende Erfahrungen und Bedrohungen ein, über die der Betroffene vor dem Ausbruch der Krise nicht sprechen und sie so nicht verarbeiten konnte. Psychotische Erfahrungen beinhalten oft reale Begebenheiten, und der Patient spricht über Themen, für die er zuvor keine Worte fand. Auch mittels extremer Emotionen wie Wut, Trauer, Angst oder durch ‚schwieriges‘ Verhalten ‚spricht‘ der Patient über Themen, über die zuvor nicht gesprochen wurde. Auf diese Weise eröffnet die Hauptperson in der Krise etwas, das für die anderen in seiner Umgebung nicht zugänglich war. Das Ziel der Zusammenarbeit ist es dann, einen Umgang mit und Worte für die Erfahrungen zu finden, für die es bisher keine Ausdrucksmöglichkeiten oder gemeinsame Sprache gegeben hat.“ (Seikkula u. Arnkil, 2007, S. 69/70) Der Versuch, dies auszusprechen, macht Angst. Auf diesem Hintergrund können

psychotische Verfremdungen und missverständliche Formulierungen auch als eine Art Selbstschutz aufgefasst werden.

Dabei hat sich in der Praxis gezeigt, dass für die Zugänglichkeit bisher unausgesprochener Erfahrungen ein besonderes Zeitfenster besteht: „Während der ersten Tage einer Krise scheint es möglich zu sein, über Dinge zu sprechen, deren Thematisierung später schwer fällt. Halluzinationen können zu Beginn einer Krise oft gut genutzt und reflektiert werden; sie lassen aber häufig rasch nach und die Chance, mit ihnen umzugehen, ergibt sich dann oft erst nach Monaten einer Einzelbehandlung wieder. Das Fenster zu diesen extremen Erfahrungen scheint nur in den ersten Tagen offen zu stehen. 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 u. Alakare, 2015, S. 29)

Daher sollte der Patient auch und gerade in der akuten psychotischen Phase an den ersten Netzwerktreffen teilnehmen. „Oft geht es aus seiner Sicht um mangelnde Anerkennung und Würdigung durch den Rest der Familie. ... Das Ziel der Behandlung ist die offene Ansprache dieser bisher unausgesprochenen Erfahrungen in einer Sprache, die von allen Teilnehmern geteilt werden kann.“ (Seikkula u. Alakare, 2015, S. 29)

Auch neuere empirische Studien über den Grad vorangegangener biographischer Traumatisierung bei Menschen mit psychotischen Störungen bestätigen die Häufigkeit.

Eine Meta-Analyse (Bonoldi et al., 2013) ermittelt dabei – nach einer methodenkritischen Auswertung von 23 eingeschlossenen Einzelstudien zu Menschen mit Psychosen gemäß ICD oder DSM – bei insgesamt 26 % sexuellen Missbrauch (mehr bei Frauen), bei 39 % physische Misshandlung (ohne Geschlechtsunterschiede) und bei insgesamt 34 % emotionalen Missbrauch (erneut mehr bei Frauen), ohne jedoch Angaben über das gleichzeitige Vorkommen dieser Traumatisierungsformen zu machen/machen zu können. Vernachlässigung und subjektiv sehr belastende Erlebnisse wurden dabei noch gar nicht erfasst.

Das aktive aufmerksame Zuhören, das Nachfragen bei bedeutsam erscheinenden Formulierungen, „Schlüsselworten“ und vor allem noch Unverständlichem, das Wahrnehmen und Aufgreifen von Gefühlen, durch die Frage nach ihrer Bedeutung und Entstehung führt oft in solche früheren biographischen Erfahrungen, die so eventuell erstmals ausgesprochen werden können. Durch das Finden neuer Worte im gemeinsamen Dialog entstehen neue Bedeutungen, eine neues Verständnis und ein reflektierender gemeinsamer Austausch. Die gemeinsam erlebten Gefühle schaffen neue Verbindungen untereinander. Innere und äußere Dialoge

von möglichst vielen Anwesenden verbinden sich, das Sprechen gewinnt an Offenheit. So wird das Bedeutung webende Netzwerk sozialer Beziehungen, i. e. die „Polyphonie des Lebens“ zur treibenden Kraft der Psychotherapie (vgl. Seikkula et al., 2003, S. 87).

Diese Praxis spricht vor allem die erwachsene Seite des Klienten an, ist darum bemüht, die Situation so weit wie möglich zu normalisieren, um so Regression fördernde und stigmatisierende Effekte professioneller Kommunikation zu überwinden (vgl. Seikkula, 2015, S. 5).

Sehr oft gelingt ein zunehmend verständliches Gespräch innerhalb von 20 bis 30 Minuten. Es ist dafür nur wichtig in den Wirren des oft psychotischen Beginns nicht die Orientierung, Geduld und Unsicherheitstoleranz zu verlieren und immer in der Erwartung eines Wechsels in verständliche Sprache über bedeutsame Erfahrungen nachzufragen und dabei möglicherweise vorsichtige Übersetzungshilfe zu leisten. Werden wir Professionellen als vertrauenswürdige Gesprächspartner erlebt, wird oft eine kohärente Sprache möglich.

Tauchen im Zuge des weiteren Gesprächs erneut psychotisch erscheinende Äußerungen auf, so signalisiert dies meist eine emotionale Überforderung mit dem zuvor besprochenen Thema. Ob es dann gelingt, zu dem Thema in einer Form zurückzukehren, die für den Klienten angemessen ist, oder ob das Gespräch besser mit weniger belastenden Inhalten fortgesetzt wird, hängt von der Situation und der Fähigkeit der Therapeuten ab. Das ist in einem emotional aufgeladenen Gespräch keineswegs leicht. Eine andere Möglichkeit besteht auch darin, das Gefühl des Klienten anzusprechen. Will hingegen der Klient nicht weiter teilnehmen und den Raum verlassen, ist es oft sinnvoll eine Pause vorzuschlagen und die endgültige Entscheidung über ein Ende des Gesprächs danach zu treffen.

Wenn der Klient plötzlich aus dem Raum läuft, wird mit den verbliebenen Anwesenden gründlich ausführlich diskutiert, ob das Gespräch trotzdem weiter fortgesetzt werden sollte. Wenn die Entscheidung positiv ist, informiert ein Professioneller den Klienten – sofern erreichbar – dass er jederzeit in das Gespräch zurückkehren kann. In dem Gespräch werden dann keine Entscheidungen getroffen, die den Klienten betreffen (Seikkula et al., 2015, S. 5).

Eine erheblich komplizierende Situation entsteht, wenn der Täter einer Missbrauchshandlung im Gespräch anwesend ist. Das kann oft dazu führen, dass diese Ereignisse und Erfahrungen dann nicht zur Sprache kommen. Ein Ort und Beziehung(en) des Vertrauens zu schaffen, in denen der Betroffene darüber sprechen kann, wird dann wichtig. Daher wird auch immer die Möglichkeit eines „Einzelgesprächs“ möglichst mit zwei Mitgliedern des Behandlungsteams angeboten. Es kann auch sein, dass über diese Erfahrungen erst in der Einzeltherapie gesprochen wird. Kommen diese Ereignisse zur Sprache, ist es unabdingbar notwendig, alles dafür zu tun, dass sich solche Übergriffe nicht wiederholen und sich der

Klient/die Klientin sicher genug fühlt. Ob die Netzwerkgespräche mit den Beteiligten und möglicherweise weiteren Personen fortgesetzt werden, muss dann gemeinsam entschieden werden. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, zunächst oder auf Dauer in getrennten Settings/Gesprächen mit den jeweils Betroffenen weiterzuarbeiten. Über die rechtlichen Konsequenzen muss der/die Betroffene entscheiden.

Dialogik

Die „dialogische Qualität eines Gesprächs hängt vor allem von der Reaktionsfähigkeit der Therapeuten ab“ (Olson et al., 2014, S. 5). Damit sind genaues, geduldiges und empathisches Zuhören sowie das vertiefende und erweiternde Antworten durch Präsenz in der Körpersprache, vertiefende und erweiternde Fragen (fragen, um zu hören, statt hören, um zu fragen) sowie gemeinsame Reflexionen in der Art des Reflektierenden Teams nach Tom Andersen die grundlegenden therapeutischen Möglichkeiten und erforderlichen Fähigkeiten.

„Zu antworten bedeutet dabei nicht, eine Erklärung oder Interpretation zu geben, sondern vielmehr durch die Antwort des Therapeuten zu zeigen, dass man wahrgenommen hat, was gesagt wurde, und wenn möglich einen neuen Gesichtspunkt zu dem hinzuzufügen, was bereits gesagt wurde. Dies geschieht nicht durch eine erzwungene Unterbrechung jeder Äußerung, um eine Antwort zu geben, sondern vielmehr als Anpassung der eigenen antwortenden Worte an den natürlichen Rhythmus des Gesprächs. Die Teammitglieder antworten auch mit dem Ausdruck ihres gesamten Körpers, mit einem echten Interesse daran, was jede Person im Raum zu sagen hat, und unter Vermeidung jeglicher Andeutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte. Indem der Prozess es den Netzwerkteilnehmern ermöglicht, ihre Stimmen zu finden, beginnen sie auch sich selbst zu befragen. Denn wenn ein Sprecher seine eigenen Worte hört, nachdem er die Kommentare der anderen als Antwort auf seine Worte bekommen hat, ermöglicht ihm dies, auch das besser zu verstehen, was er gesagt hat.“ (Seikkula, 2008, S. 481, eigene Übersetzung)

Die nächste Frage wird also am besten nicht innerlich vorab, sondern erst unmittelbar aus der letzten Aussage des Sprechenden heraus formuliert, sollte demnach erst unmittelbar aus dem zuletzt Gehörten entstehen. „Dadurch wird jedem und auch dem Patienten mit seinen psychotischen Ideen erlebbar, wie er selbst zum Autor einer neuen Geschichte seines Leidens wird.“ (Seikkula, 2003, S. 89, Übersetzung durch V. A.)

Diese Art zu arbeiten erfordert eine große Aufmerksamkeit für die momentane Situation und Übung in der zeitlichen Anpassung („timing“) der eigenen antwortenden Worte an den natürlichen Rhythmus des Gesprächs, um ihn zu fördern. „Die Therapeuten versuchen nicht die entstehenden Dialoge durch ihre Fragen und andere Interventionen zu kontrollieren, zu

steuern. Vielmehr geht es um ihre ständige Anpassung an die Äußerungen der Klienten, damit der Dialog so lebendig wird und aus sich selbst heraus neue Bedeutungen und Vorstellungen erzeugt. Die Therapeuten sind darum bemüht, dass in dieser einmaligen Situation alle Beteiligten miteinander neue und mehr konstruktive Bedeutungen finden, sie so in ihre individuellen inneren Dialoge inkorporieren.“ (Seikkula, 2003, S. 89, Übersetzung durch V. A.)

Zugleich führen sie immer wieder innere Dialoge mit sich selbst. Man kann dabei mit Rober (2005) zwischen einem erlebenden und einem professionellen Selbst unterscheiden, die sich günstigerweise in einem inneren Dialog befinden, um sich für eine nächste eigene Aktion im Dialog zu entscheiden. In gewisser Weise ist das professionelle Selbst ein Berater des erlebenden Selbstes. Seikkula spricht grundsätzlich von innerer oder vertikaler Polyphonie

Es geht in diesen Dialogen nicht darum, zu richtigen Schlussfolgerungen zu kommen und Entscheidungen zu treffen.

In Folge dieser Art des Hörens und Antwortens entsteht fast immer eine vielfältige Polyphonie, die durchaus zu einer vorübergehenden Polarisierung zwischen den Anwesenden führen kann, wobei intensive Gefühle zum Ausdruck kommen können. In dieser Polyphonie auch die Stimmen derjenigen hörbar werden zu lassen, die still, sehr leise, zögernd oder schwer verständlich sind, ist die Aufgabe der Professionellen.

Sehr bedeutsam ist es jedoch, dass die Professionellen in ihrer Haltung, ihrem körperlichen Ausdruck, ihren Fragen und Kommentaren allparteilich bleiben. Wenn dies nicht jedem einzelnen Professionellen gelingt, so ist es erforderlich, dies zumindest als Team zu sein. In komplizierten Netzwerkgesprächen erleichtern daher drei (selten sogar noch mehr) Professionelle die Arbeit. Erst der gleichwertige, kollaborative Austausch birgt dann die Möglichkeit, dass sich ein neues, gemeinsam geteiltes Verstehen quasi zusammenwebt, bei dem jeder einen bedeutsamen Faden hinzugefügt hat. Eine Rangordnung gibt es dabei nicht (vgl. Olson et al., 2014). Durch wiederholtes Ansprechen der Personen mit unterschiedlichen Positionen gehen Monologe meist in Dialoge über.

Zwölf Schlüsselemente wurden für die Methode des Offenen Dialogs formuliert (Olson et al., 2014). Sie können mit den kurzen Ausführungen als eine methodische Übersicht aufgefasst werden:

- 1. Zwei (oder mehr) Therapeuten im Netzwerkgespräch**
Ausgebildet im Offenen Dialog
Dies ermöglicht es, Fragen zu stellen und zu reflektieren
Arbeit im Team ist auch essentiell in Krisen

2. Teilnahme der Familie und des Netzwerks

Einbeziehung der Familie und des sozialen Netzwerks als Partner in den Prozess
Flexibilität und Bereitschaft aller Beteiligten sind entscheidend.

Nicht alle in allen Sitzungen

Mit Zustimmung des Betroffenen

3. Offene Fragen stellen

„Wie ist die Idee für dieses (erste) Gespräch entstanden?“

„Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen?“

Wir sprechen darüber, worüber die Klienten sprechen wollen.

4. Eine Antwort geben auf die Äußerungen der Klienten

Verwendung der Worte der Klienten

Antwortendes Zuhören ohne Absichten

Nonverbale Einstimmung und Schweigen

5. Betonung des gegenwärtigen Augenblicks

Auf unmittelbare Reaktionen der Anwesenden antworten (verbal und non-verbal)

Emotionen zulassen

6. Vielfältige Sichtweisen erfragen

Wir streben keinen Konsens an.

Äußere Polyphonie

Jedem sollte zugehört werden.

Innere Polyphonie: Wir hören zu und beziehen uns auf die vielfältigen Ansichten und Stimmen jeder Person und in uns.

7. Im Dialog den Fokus auf Beziehungsaspekte legen

Wir verstehen Schwierigkeiten und Herausforderungen als eingebettet in Beziehungen.

Wir sind an den unterschiedlichen Beziehungen interessiert und fragen danach, zum angesprochenen Problem und untereinander.

8. Den Austausch über Probleme und das gezeigte Verhalten als bedeutungsvoll anerkennen

Wir suchen nach Bedeutungen und Logik in der Reaktion und dem Verhalten einer Person.

Wir sehen Symptome/Probleme als sinnvoll im Kontext.

Wir benutzen normalisierende Sprache und Gespräche.

9. Betonung der Worte und Erzählungen der Klienten, nicht der Symptome

Wir laden dazu ein, mehr aus dem Leben und von den Erfahrungen der Betroffenen zu erzählen als von Symptomen.

Wir fassen schwere Symptome auch als verkörperte Dilemmata auf, für die es noch keine Worte gibt.

Wir achten auf die Worte, die Zugang zu der Leidensgeschichte einer Person geben können.

10. Reflexionen unter den Professionellen im Verlauf des Netzwerkgesprächs

Als Reflexionsprozesse: Therapeuten denken laut über ihre eigenen Reaktionen und Antworten nach.

Zur Behandlungsplanung: offene Diskussion über *die* Behandlungsmöglichkeiten

Und dann die Antwort des Netzwerks: Betroffene und Netzwerk werden eingeladen, auf den professionellen Austausch zu reagieren.

11. Prinzip der Transparenz

Alle Gespräche über die Behandlung werden mit allen Netzwerkteilnehmern geteilt.

„Nichts über mich ohne mich“

Verwendung von Reflexionen dafür

12. Aushalten von Unsicherheit

Wir vermeiden (vor)schnelle Entscheidungen und wollen langsam verstehen.

Wir wollen die Sicherheit im Netzwerk erhöhen.

Wir haben die Auffassung, dass Fachleute nicht die Antwort haben, sondern Teil des Dialogs sind.

Wirkungen und Wirkfaktoren

Die Kraft des dialogischen Prozesses wurde von Katz & Shotter (2004, S. 78) als Kraft mit eigener Berechtigung („a kind of agent in its own right“) beschrieben. Sie führt den Gesprächsprozess in den meisten Gesprächen über eine häufige initiale Polarisierung mit durchaus heftigen Affekten zu mehr Kohärenz, Kooperation, Kohäsion und Integration unterschiedlicher Standpunkte. Dies kann im Verlauf eines Gesprächs oder in einem Prozess über mehrere Gespräche entstehen.

So können Dialoge, Reflexionen und andere verkörperlichte Prozesse zu sogenannten „living moments“ (Shotter u. Katz, 1998), „striking moments“ (Lowe, 2005) oder „Jetzt-Momenten“ (Stern, 2007) führen, die zunächst unausgesprochen bleiben, jedoch oft fühlbar sind. Unvoraussagbar können auf sie Momente der inneren Verbundenheit zwischen den

einzelnen Anwesenden folgen, die Daniel Stern „Begegnungsmomente“ nennt. Sie werden oft zur entscheidenden Wende in einem Gespräch. Nie zuvor erzählte und geteilte Erfahrungen, aber auch ein ungewohnt neuer Blick, ein tieferes Verständnis des anderen sind der Stoff, aus dem diese Momente entstehen. „In solchen Begegnungsmomenten vollziehen sich zentrale Erfahrungen, die in einer Psychotherapie verändernd wirken“ (Stern, 2007, S. 182). Er beschreibt sie folgendermaßen: „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. Ein Diskontinuitätssprung hat stattgefunden. Die Grenze zwischen Ordnung und Chaos wurde neu gezogen. Kohärenz und Komplexität wurden erhöht. Sie haben das intersubjektive Feld erweitert, sodass sich neue Möglichkeiten des gemeinsamen Zusammenseins auftun. Beide sind verändert und sie sind auf eine neue Weise miteinander verbunden, weil sie einander verändert haben.“ (ebd. S. 179)

„Diese gemeinsamen Gefühlsreisen sind so einfach und natürlich, und trotzdem ist es ausgesprochen schwierig, sie zu erklären oder auch nur über sie zu sprechen. Wir benötigen eine andere Sprache, die (außerhalb der Lyrik) nicht existiert – eine Sprache, die von zeitlicher Dynamik erfüllt ist. Dass wir eine solche Sprache nicht besitzen, ist paradox, denn diese Erfahrungen machen die zentralen Momente unseres Lebens aus. Gemeinsame Gefühlsreisen gehören zu den verwunderlichsten und dennoch normalsten Vorgängen des Lebens und können unsere Welt Schritt für Schritt oder auch in einem einzigen großen Sprung verändern.“ (ebd. S. 180). Sind dabei Intersubjektivität und affektive Aufladung hoch, so kann sich ein „Schlüsselereignis vollziehen, das ein ganzes Leben verändern kann.“ (ebd. S. 182)

Hinzu kommen weitere bekannte Wirkeffekte von Psychotherapie: selbstverständlich wirken auch in Netzwerkgesprächen die eher grundlegenden Wirkfaktoren wie die Persönlichkeit der Therapeuten, eine vertrauensvolle, emotional unterstützende Beziehung, die Konsistenz des therapeutischen Modells oder eine rituelle Vorgehensweise. Hinzu kommen mehr durch therapeutische Interaktionen entstehende Wirkfaktoren wie: Erleben von Gefühlen; kognitive Veränderungen durch Klärung von Motiven und Bedeutungen; Integration neuer Perspektiven, Wahrnehmungen und Denkmuster; Problemaktualisierung bis hin zur Konfrontation; emotionales Abreagieren; Exposition; Ressourcenaktivierung; Problembewältigung; motivationale Klärung und aktive Bewältigung und konkrete Lösung; korrektive emotionale Erfahrungen und Internalisierung; Mentalisierung, vor allem unterstützt durch die Reflexionen; eigene stimmige Neufassung der Lebensgeschichte; Therapeutenmerkmale wie Wertschätzung und Empathie (Pfammatter et al., 2012). Zusammenfassend formulieren die Autoren: „Das Drama des Prozesses liegt nicht in einer brillanten Intervention durch die

Professionellen, aber in dem emotionalen Austausch zwischen den Netzwerkmitgliedern einschließlich der Profis, die zusammen eine fürsorgliche einfühlsame Gemeinschaft herstellen oder wieder herstellen.“ (Seikkula et al., 2005)

Schon ein einziges Netzwerkgespräch kann deutliche Wirkungen haben. Üblicherweise sind jedoch mehrere Gespräche über eine längere Zeit von Monaten bis zu mehreren Jahren sinnvoll und erforderlich. Die daraus entstehenden weiteren Entwicklungen können erstaunlich groß sein: Beziehungen verändern sich, Betroffene gehen unerwartete Schritte im eigenen Leben oder die Symptomatik geht zurück als Ausdruck von Selbstheilungsprozessen.

Unserer Erfahrung nach können solche gemeinsamen Erfahrungen etwas wahrhaft Heilsames hervorbringen, was in Einzelpsychotherapien so unmittelbar nicht möglich ist, weil die Begegnungsmomente in Netzwerkgesprächen sich direkt zwischen entscheidenden Personen des eigenen Lebens ereignen.

Wenn es daher in einer schwierigen Lebenssituation gelingt, die (meisten) wichtigen Beteiligten an einen Tisch zu bringen, sind – nach meiner Erfahrung – dialogisch geführte Netzwerkgespräche die wirksamste psychotherapeutische „Einzelintervention“, die es derzeit gibt. Sie sind zugleich mit jedem weiteren psychotherapeutischen Ansatz vereinbar und kombinierbar. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass aus den Einzelkomponenten der Behandlung ein kohärenter gemeinsamer Prozess wird und er es auch bleibt.

Ein weiterer großer Vorteil dieser Methode für in der Psychiatrie Tätige besteht darin, dass durch Netzwerkgespräche fast immer ein eigenes inneres Berührtsein, ja meist sogar eine aufrichtige Zuneigung zu den Teilnehmenden entsteht, die auf die weitere Entwicklung des Netzwerkes neugierig macht.

Auch auf das Team haben Netzwerkgespräche eine günstige Wirkung: die Belastung durch die Arbeit verteilt sich auf mehrere Teammitglieder und auch auf andere Bezugspersonen des Klienten und es entstehen deutlich mehr Entwicklungsoptionen. Systemisch kam man auch von einer gemeinsamen Ko-Evolution des Netzwerkes und der Professionellen sprechen.

Evaluationsstudien

Beginnt der Netzwerkprozess mit der Akutbehandlung als Hometreatment zur Vermeidung stationärer Behandlungen, benötigt man durchschnittlich 25 bis 37 Sitzungen in den ersten zwei Jahren (je nach Erfahrung der Teams), dadurch jedoch viel weniger stationäre Ressourcen. Ab dem 3. Jahr sind meist nur noch sehr wenige Netzwerkgespräche erforderlich (Alanen, 2001; Seikkula et al., 2006, 2011).

Später beginnende Behandlungsprozesse ohne Einschluss der Akutphase benötigen deutlich weniger Netzwerkgespräche, in der Regel 3-5 im ersten Jahr und danach immer weniger, d. h., der Abstand zwischen den Gesprächen verlängert sich. Prinzipiell gelten ergänzende systemische Gespräche als Verstärkung der Wirksamkeit anderer Psychotherapieformen.

Die bislang in vier naturalistischen Kohortenstudien an Ersterkrankten mit nicht-affektiven Psychosen aufgezeigten Behandlungsergebnisse über zwei bzw. fünf Jahre beeindrucken (Lehtinen et al., 2000; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011). In allen Kohortenstudien ergab sich eine ungewöhnlich niedrige Rate von Krankenhaustagen, hohe Raten von Integration in Ausbildung oder Studium und Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt von durchgängig 70 bis 80 %, geringe Rückfallraten von 17 bis 28 % innerhalb von zwei Jahren in Verbindung mit niedrigen Dosen verwendeter Psychopharmaka. 50 bis 70 % der ersterkrankten psychotischen Patienten wurden dabei über den gesamten Untersuchungszeitraum von zwei und fünf Jahren ganz ohne Neuroleptika behandelt, nur 11 bis 28 % längerfristig. 46 bis 63 % der Patientinnen und Patienten nahmen neben der systemischen Intervention zusätzlich eine Individualtherapie in Anspruch, meist Personen, die schon relativ abgelöst waren aus ihrer Ursprungsfamilie.

Folgende Effekte wurden in Studien nachgewiesen:

- Reduktion von Hospitalisierung
- Reduktion von Rückfällen
- Verbesserung der Symptomatik
- Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus
- verstärkte Wirkung aller weiteren Therapien
- Aktivierung sozialer Ressourcen
- Förderung der sozialen Inklusion
- Veränderung professioneller Haltungen und Konzepte

Umsetzung in Deutschland

In Deutschland gelingt die Umsetzung der Praxis des Offenen Dialogs zum Teil im neuen Finanzierungssystem der „Integrierten Versorgung“ und in Kliniken mit regionalem Budget. Aber bereits einzelne Netzwerkgespräche im Rahmen der üblichen stationären oder ambulanten Behandlungen können eine entscheidende therapeutische Wirksamkeit haben sowie die gesamte therapeutische Kultur spürbar verbessern.

Das Modell wird seit ca. 15 Jahren in Finnland und auch in anderen skandinavischen Ländern umgesetzt und stößt in Polen, USA, Schweiz, Großbritannien, Italien, Australien, Japan auf wachsendes Interesse.

Implementierung in Organisationen

Trotz der überwältigenden wissenschaftlichen Evidenz von Familieninterventionen und ihr Einschluss in praktisch alle Leitlinien ist ihre nachhaltige Implementierung nicht leicht (Eassom et al., 2014). In einer Metaanalyse von 43 Studien wurde deutlich, dass anhaltende Fortbildung und Supervision allein nicht ausreichen, um eine konsistente systemische Arbeitsweise einer Organisation sicherzustellen.

Vielmehr sind die „Organisationskultur“ sowie das „Paradigma“ der gesamten Organisation von grundlegender Bedeutung, wobei jede Ebene der Organisation – Leitungsebene eingeschlossen – einbezogen sein muss. Der auf eine Kooperation mit Familien und soziale Netzwerke ausgerichtete Ansatz sollte das gemeinsam geteilte Ziel möglichst aller Mitarbeitenden der Organisation sein. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Angst vor Verlust von Kontrolle durch partnerschaftliche kooperative Beziehungen zu Familien dar. Auch das Bedürfnis nach einer exklusiven Therapeuten-Klientin- bzw. Betreuerin-Klient-Beziehung kann einer Einführung im Weg stehen.

Wie kann die Umsetzung dennoch gelingen? Durch entschiedene Leitung der Organisation und Top-down-Management bei der Implementierung sowie durch multiprofessionelle Teams. Ebenfalls hilfreich ist, wenn der überwiegende Teil der Teammitglieder kompetent und geschult ist im Ansatz des Offenen Dialogs, wenn sie ihn als wirksam erleben und sich mit dem Ansatz identifizieren können. Familien- und Netzwerkgesprächen sollte eine gewisse Priorität eingeräumt sowie flexible Zeiten und Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden. Die Entwicklung einer Teamkultur von partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit Familien und Netzwerken, ein systemisches Nachdenken über Problemlagen von Klienten, die Kooperation mit den stationären Strukturen und routinemäßige Erfassung von Daten zum familiären und sozialen Kontext (z. B. mittels sozialer Netzwerkkarte) helfen ebenfalls. Günstig sind auch spezifische Supervisionen.

Aspekte der konkreten Umsetzung derzeit in Deutschland

Was also ist bis heute von dem Modell des Offenen Dialoges in Deutschland machbar und übertragbar geworden?

a. Netzwerkgespräche als ergänzende Intervention

Im klinischen Alltag kann häufig beobachtet werden, dass Familien- oder Netzwerkgespräche eine verstärkende Wirkung auf anderen Therapien haben. Oft ergeben sie sich aus besonders schwer und schwierig erlebten Problemlagen. Schon einzelne Netzwerkgespräche können wirksam sein, besser ist jedoch eine Sequenz von zwei bis fünf Treffen.

b. Netzwerkgespräche zu Beginn eines Behandlungsprozesses

Diese systemischen Gespräche haben informative, diagnostische und therapeutische Funktion und entsprechen dem Vorgehen der bedürfnisangepassten Behandlung. An Wendepunkten, in Entscheidungssituationen und in Krisen sollten sie wiederholt werden. Weitere aktuelle und wichtige frühere Fachleute sollten möglichst auch mit einbezogen werden. Der Einstieg dazu kann durch eine soziale Netzwerkkarte erleichtert werden.

c. Netzwerkgespräche bei strukturellen Übergängen

z. B. bei Entlassung, bei Verlegung in eine Tagesklinik, bei Beginn einer Betreuung in einer komplementären Einrichtung, bei Beginn einer Einzelpsychotherapie. Letzteres ist bewährte Praxis im Modell des Offenen Dialogs.

d. Netzwerkgespräche zur gemeinsamen Entwicklung eines abgestimmten Krisenplanes

sind vor allem in ambulanten Kontexten sinnvoll und recht gut erprobt. Diese Gespräche haben vorgegebene Moderationsfragen, von denen selbstverständlich je nach Prozess abgewichen werden kann. Oft sind zwei Netzwerkgespräche für die Erstellung erforderlich und nach gemeinsam erlebter Krise eine leichte Überarbeitung. Oft erleichtert diese Thematik den Einstieg und führt dann zu weiteren Netzwerkgesprächen über andere bedeutsame Themen.

e. Netzwerkgespräche in Krisen begleitend

Diese Gesprächsform ist insbesondere in der „Integrierten Versorgung“ bedeutungsvoll geworden, bei der die Krisenbewältigung ohne Hospitalisierung angestrebt und durch die Vergütung mit einem „Anreiz“ versehen wird. Je besser das Vorgehen bei beginnender Krise durch einen gemeinsamen Krisenplan abgestimmt wurde, umso leichter.

f. Regelmäßige Netzwerktreffen aller beteiligten Professionellen

sollten bei Klienten, die schon länger im psychiatrischen System behandelt und betreut werden und kein privates Netzwerk mehr besitzen, stattfinden. Nur langsam etabliert sich dieses Vorgehen. Die Anzahl der tatsächlich beteiligten Institutionen und Personen kann wiederum mittels der sozialen Netzwerkkarte vollständig erhoben werden und ist dann oft deutlich umfangreicher als in der subjektiven Einschätzung. Diese Netzwerkgespräche haben weitgehend eine koordinative Funktion und dienen der gegenseitigen Verständigung und Überwindung latenter und offener Konflikte und Spaltungen. Diese Gespräche werden aus Erfahrung zumeist als bedeutsam bewertet. Da bei den Betroffenen häufig die privaten sozialen Netzwerke und die Kontakte zur Familie weggebrochen sind, sollten alle Möglichkeiten einer Einbeziehung von vertrauten und vertrauensvollen Personen aus dem privaten Umfeld des Klienten genutzt werden. Oft sind andere Betroffene zu bedeutungsvollen Bezugspersonen geworden, werden jedoch (noch) nicht als Freunde betrachtet. Sie sollten

jedoch – immer das Einverständnis des Klienten vorausgesetzt – ebenfalls zu diesen Netzwerkgesprächen eingeladen werden. Erfahrungsgemäß erleichtert dies die subjektive Gleichwertigkeit zwischen Klient und Helfersystem, verringert das Machtgefälle und verändert das Gesprächsklima oft deutlich. Darüber hinaus kann dies einen Schritt zum Aufbau eines privaten Netzwerks darstellen, von dem die Chance einer späteren positiven Unabhängigkeit vom Hilfesystem entscheidend abhängt.

Zum Schluss noch ein methodischer Hinweis, wie die Arbeit im Netzwerk erleichtert werden kann: Sind die Professionellen zu sehr und parteilich in der Behandlungs- bzw. Betreuungssituation verwickelt, sollten zwei unabhängige Moderatoren die Gesprächsführung übernehmen. Diese Praxis hat sich sowohl in Kliniken als auch komplementären Strukturen gut bewährt. Allparteilichkeit der Moderatoren ist notwendige Voraussetzung eines Gelingens.

Ausblick

Systemische, dialogisch orientierte Psychiatrie ist machbar. Sie holt den sozialen Kontext in die psychiatrischen Institutionen oder verlässt diese, um dort zu arbeiten. Sie hat eine auf Kooperation und Dialog ausgerichtete Haltung entwickelt. Damit ist sie für alle ein Gewinn: Patienten, Angehörige, weitere Bezugspersonen und auch für die Professionellen. Sie verändert Stations- und Teamkulturen, und das gemeinsame Arbeiten mit Menschen in schwierigen Problem- und Lebenslagen wird leichter.

Eine **orientierende dialogische Haltung**, die nicht nur in den hier dargestellten psychiatrischen Kontexten, sondern weit darüber hinaus und für die Gestaltung von hilfreichen Beziehungen zwischen Professionellen und Klienten umgesetzt werden kann, ließe sich so zusammenfassen:

- Es gibt keine Wahrheit in sozialen Prozessen, sondern viele subjektive Bedeutungen.
- Durch ernsthafte Dialoge zwischen Menschen entstehen neue, jedoch immer subjektive Wirklichkeiten. Dialogik.
- Eine Sprache finden für Erfahrungen, die noch keine Sprache haben.
- Veränderung geschieht vor allem durch Begegnungen und Begegnungsmomente.
- Prozessorientierung
- Jede Krise/Behandlung/Betreuung ist einmalig.
- Normalisierung und Vermeidung pathologisierender Benennungen
- Normale Lösungen haben Vorrang.
- Lösungen/Schritte sind schon im System.
- Polyphonie im Team
- Expertenwissen ist subjektiv.
- Toleranz von Unsicherheit in einem als ausreichend sicher erlebten Therapiekontext

Potenziell **krankmachende Gesellschaftsstrukturen** lassen sich mit diesem Behandlungsansatz sicher nicht auflösen. Aber das Gesundheitssystem selbst könnte dadurch eine gewisse Vorbildfunktion für die Humanisierung unserer Gesellschaft und der alltäglichen sozialen Beziehungen bekommen. Man kann es nur immer wieder versuchen und genau damit sollten wir nicht aufhören – die von uns bisher durchgeführten mehr als 70 Trainings sind uns dabei ermutigend!

Literatur

- Aaltonen, J., Rökköläinen, V. (2003) V. Arbeit mit dem Leitbild im Behandlungsprozess. In: Aderhold et al. (Hrsg.) Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Aaltonen, J., Seikkula, J., Lehtinen, K. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states, *Psychosis*, 3:3, S. 179-191,
- Aderhold, V., Alanen, Y.O., 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, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J., Rökköläinen, V. (2003). Das integrierte Modell der Behandlung schizophrener und verwandter Psychosen. In: In: Aderhold et al. (Hrsg.) Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 65
- Bakhtin, M. (1988). Probleme der Poetik Dostojewskis. Berlin: Ullstein Materialien.
- Bonoldi, I., Simeone, E., Rocchetti, M. et al. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: a meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Res.* 210(1), S. 8-15.
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open* 4(10):e006108. doi:10.1136/bmjopen-2014-006108
- Katz, A. M., Shotter, J. (2004). On the way to “presence”: Methods of a “social poetics”. In: Pare, D. A., Lerner, G. (Eds.) Collaborative practice in psychology and therapy. New York: Haworth Clinical Practice Press, S. 69-82.
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia – a 5-year follow-up study from the Turku Project. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87, S. 96-101.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T. (2000). Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry* 15, S. 312-320.
- Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: Using question sequences in “living” ways. *Family Process* 44(1), S. 65-75.
- Olson, M., Seikkula, J., Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogical practice in open dialogue: fidelity criteria. Online verfügbar: <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>

- Pfammatter, M., Junghan, M., Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie, *Psychotherapie* 17(1), S. 17-31.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy: some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Fam Process* 44(4), S. 477-495.
- Robinson, A. (2011). In *Theory Bakhtin: Dialogism, Polyphony and Heteroglossia*. Ceasefire magazine. <https://ceasefiremagazine.co.uk/in-theory-bakhtin-1/> (15.11.2015)
- Seikkula, J. (2003). Dialogue is the Change: Understanding Psychotherapy as a Semiotic Process of Bakhtin, Voloshinov, and Vygotsky. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation and Management* 14(2), S. 83-94.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(4), S. 478-491.
- Seikkula, J. (2015). Open Dialogue with clients with mental health problems and their families. *Context* 138, S. 2-4.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action*. New York: Guilford Publication, S. 62-80.
- 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(2), S. 214-228.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. *Psychosis* 3(3), S. 1-13.
- Seikkula, J., Alakare, B. (2015). Bedürfnisorientierter Ansatz und Offener Dialog. *Psychotherapie im Dialog* 16(3), S. 28-33.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2007). Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis. Neumünster: Paranus Verlag.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2014). Open Dialogues and Anticipation – Respecting Otherness in the Present Moment, Tampere: National Institute for Health and Welfare.
- Seikkula, J., Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process* 42(3), S. 403-418.
- Seikkula, J., Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process* 44(4), S. 461-475.
- Shotter, J., Katz, A. (1998). ‘Living Moments in Dialogical Exchanges’. *Human Systems* 9(2), S. 81-93.
- Stern, D. N. (2007). Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- 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(1), S. 10-17.
- Weinmann, S., Aderhold, V. (2012). Need adapted treatment in Skandinavien, In: Tophoven, C., Wessels, T. (Hrsg.) *Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung psychischer Störungen*. Heidelberg: Psychotherapeuten Verlag.

Volkmar Aderhold, Jahrgang 1954, Dr. med., Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Lehrender für Systemische Therapie und Beratung (DGSP), arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. 10 Jahre Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Aktuell Mitarbeiter des Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald. Aktuell freiberuflich: Qualifizierungsmaßnahmen zum „Offenen Dialog“, Vorträge, Veröffentlichungen und Beratung von psychiatrischen Organisationen bei der Strukturentwicklung.

Iost Vogelsang, geboren 1968 in Bielefeld, lebt schon lange in Berlin. Zunächst Ausbildung zum Krankenpfleger, später Studium der Psychologie an der FU Berlin. Ausbildung zum Personenzentrierten Berater. Seit 2010 tätig in der ambulanten psychosozialen Arbeit. Seit 2016 Co-Trainer in der Fortbildung „Offener Dialog – Systemische Familien- und Netzwerktherapie“ von Volkmar Aderhold.

Petra Hohn, Jahrgang 1961. Diplomierte Krankenschwester, MSc mit Major for Teaching in Health Care, Netzwerktherapeutin. Zahlreiche Lehraufträge für systemische/Open Dialogue Fortbildungen. Leiterin der Behandlungszentren für junge Erwachsene und affektive Problemlagen, Psykiatri Södra Stockholm.