



Foto: Tobias Sellmayer, pixelio.de

Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog

Beitrag zum Forum »Open Dialogue – das hilfreiche Gespräch mit allen Beteiligten«

VON VOLKMAR ADERHOLD

Das finnische Modell der bedürfnisangepassten Behandlung (»need-adapted treatment«) insbesondere für die Behandlung psychotischer Ersterkrankungen entstand im Rahmen eines längeren Entwicklungsprozesses und wird derzeit in etwa einem Viertel der Regionen Finnlands und in anderen skandinavischen Ländern als Routineversorgung umgesetzt. Kennzeichnend für dieses Modell sind die sofortige und flexible Hilfe, die Einbeziehung der Familien und weiterer Bezugspersonen in der Form so genannter Therapieversammlungen von Beginn an und möglichst zu Hause bei den Patienten, die psychologische und personale Kontinuität durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team und eine möglichst niedrig dosierte, selektive Psychopharmakotherapie. Ungefähr die Hälfte der Patienten nimmt zusätzlich längerfristige Einzeltherapie in Anspruch. Innerhalb dieses Behandlungsmodells wurde in der Versorgungsregion Westlappland unter der Leitung von Jaakko Seikkula und inspiriert durch Tom Andersen aus Tromsø (Norwegen) die systemische Methodik des »offenen Dialogs« entwickelt. Sie ist ausgerichtet auf die sozialen Netzwerke der Patienten, fördert durchaus vielstimmige Dialoge und schafft einen möglichst sicheren Rahmen für einen gemeinsamen offenen Prozess. Leitende Prinzipien sind größtmögliche Gleichwertigkeit, gemeinsame Verantwortung und das Aushalten von Unsicherheit unter Vermeidung vorzeitiger Schlussfolgerungen und Entscheidungen.

Die flexible Anwendung der Methode des reflektierenden Teams erwies sich als ausgesprochen hilfreich. Die Evaluation durch vergleichende Kohortenstudien zeigte signifikant bessere symptomatische und funktionelle Ergebnisse im Vergleich zur Standardbehandlung, insbesondere eine geringe Hospitalisierungsrate und hohe Integration in bezahlte Arbeit oder Ausbildung.

Entwicklungsgeschichte

Das Gesamtkonzept wurde über einen Zeitraum von 25 Jahren an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Turku durch Yrjö Alanen gemeinsam mit vielen Mitarbeitern entwickelt und dabei in langjährigen Entwicklungsschritten spezifische Behandlungselemente in das Modell integriert:

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

Jede Entwicklungsstufe wurde durch eine prospektive Katamnesestudie aller erkrankten Patienten aus ein bis zwei Jahren mit einer »Störung aus dem Schizophreniespektrum« über einen Verlauf von zwei Jahren evaluiert. Dabei zeigte jede Stufe bessere Ergebnisse als die vorausgegangene. Die familientherapeutischen Interventionen waren besonders wirksam (Lehtinen 1993, 1994).

Dies bestätigte auch das Nationale Schizophrenie-Projekt (NSP) in Versorgungsregionen, die 50 Prozent der finnischen Bevölkerung umfassten (Alanen 2001). Durch die ambulanten Akutteams gelang es, 63 Prozent der Krankenhausbetten zu reduzieren (Tuori et al. 1998). Die ursprüngliche Kurzzeitorientierung in den Familientherapien wurde jedoch später verlassen.

Das Ergebnis dieses längeren 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.

Grundprinzipien

Im Rahmen des nationalen finnischen Schizophrenie-Projekts 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 Therapie-



Foto: Initiative Echte Soziale Marktwirtschaft, pixellade

versammlungen 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 sowie 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 Sitzungs-routinen zu vermeiden.

- In jedem Einzelfall findet nach fünf Jahren eine Nachuntersuchung statt, um die Wirksamkeit der Behandlung zu überprüfen.

- Angestrebt wird die 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 Psychoseteams

Multiprofessionelle Ausbildungen als »Training on the Job« in vorwiegend systemischer, aber auch psychodynamischer Thera-

pie machten die Umsetzung dieses Behandlungsmodells erst möglich. Im Zuge der Entwicklung wurden multiprofessionelle Psychoseteams (zwei bis vier Mitarbeiter) in den Versorgungsregionen gebildet. Sie ermöglichen die weitgehende Behandlung der Klienten und Familien im häuslichen Kontext.

In zirka 20 Prozent 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 außerdem kleine Krisenwohnungen alternativ zur Krankenhaus-Akutstation als zusätzliches Strukturelement erfolgreich eingeführt (Cullberg et al. 2006; Cullberg 2008).

In der Region Westlappland 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 na-

türliche Sprache der Betroffenen, das Fördern von Dialogen und die Fokuserweiterung auf soziale Netzwerke wurden bedeutsam. Diese Methodik wird als offener Dialog bezeichnet.

Weiterentwicklung des bedürfnisangepassten Behandlungsmodells

Die Kombination der Prinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung und des offenen Dialogs, die aus unserer Sicht die konsequenteste Weiterentwicklung darstellt, soll nachfolgend ausführlich beschrieben werden.

Therapieversammlung

Die Therapieversammlung als Begegnung aller wichtigen persönlichen und – wenn vorhanden – professionellen Bezugspersonen des Patienten/Klienten stellt die zentrale therapeutische Arbeitsform dar. Sie sollte möglichst die erste professionelle Reaktion auf eine Krise darstellen und im Behandlungsverlauf immer dann stattfinden, wenn ein Teil der Beteiligten dies für sinnvoll erachtet. In psychotischen Krisen von Ersterkrankten ist dies in den ersten sieben bis zehn Tagen oft täglich, später sehr viel weniger, zirka fünf- bis siebenmal im Jahr erforderlich. Die Frequenz sinkt mit zunehmender Erfahrung.

Zunächst kommt jeder Anwesende zu Wort. Gelingt es den Professionellen, respektvoll zu sein und ausreichende emotionale Sicherheit zu gewährleisten, entsteht ein gemeinsamer dialogischer Prozess. Oft kommt dann bisher Ungesagtes zur Sprache, z.B. durch den psychotischen Patienten. Die Krise erscheint bald in einem neuen Licht, ein vertieftes Verständnis wird möglich, und oft beginnen konfliktreiche Beziehungen sich konstruktiv zu verändern. Auch das Behandlungssetting wird gemeinsam überlegt und möglichst im Konsens entschieden. Am Ende werden die erörterten Themen und eventuell getroffenen Entscheidungen zusammengefasst.

Eine solche Sitzung dauert meist eineinhalb Stunden, bei Bedarf auch länger, und im Verlauf eher kürzer werdend. Die Therapieversammlung hat damit gleichzeitig eine informative, diagnostische und therapeutische Funktion.

Therapieversammlungen werden üblicherweise auch in späteren Phasen der Therapie durchgeführt. 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, des therapeutischen Settings oder zu personellen Änderungen im therapeutischen Team kommt.

In den unterschiedlichen Regionen wird entweder mit fallspezifischen Teams oder relativ festen Teams mit jeweils zwei eng kooperierenden Mitarbeitern gearbeitet.

In jedem Fall kommt der bestmöglichen Passung zwischen den Professionellen, dem Patienten und möglichst allen Familienmitgliedern eine hohe Bedeutung zu. Bei komplizierten Problemlagen werden auch weitere Teammitglieder – meist nur vorübergehend – hinzugezogen.

Therapeutische Prinzipien

Aus der projektbegleitenden Handlungsforschung zur Effektivitäts- und Prozessevaluation wurden in Westlappland sieben therapeutischen Prinzipien abgeleitet (Seikkula/Alakare 2007):

chotisch ist, werden die Familie und wichtige verfügbare Bezugspersonen einbezogen. Grundsätzlich wird das persönliche Netzwerk des Patienten als eine potenzielle Ressource bewertet und so weit wie möglich nutzbar gemacht. Auch ehemalige therapeutische Bezugspersonen sollten, wenn sinnvoll und möglich, schnell eingeladen werden. Will der Patient nicht an der Sitzung teilnehmen, wird entschieden, ob das Treffen trotzdem fortgesetzt wird. Der Patient wird darüber informiert und ihm die Sitzung möglicherweise durch eine geöffnete Tür hörbar gemacht. Er kann dann noch jederzeit direkt teilnehmen, wenn er dies möchte. Während einer Sitzung ohne den Patienten fallen möglichst keine Entscheidungen, die ihn direkt betreffen. Falls Gefahrenmomente deutlich werden, sodass die Professionellen sich doch zum Handeln gezwungen sehen, wird versucht, den Patienten noch während

4. *Gemeinsame Verantwortung*: Das psychiatrische System übernimmt die Verantwortung für die Organisation einer Therapieversammlung nach einem Hilferuf. Im Zuge der ersten Sitzungen wird gemeinsam entschieden, 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 treffen zu können. Bereits mit der ersten Therapieversammlung wird das Behandlungsteam Teil des Problemsystems, d.h., auch die Professionellen sind sich sehr bewusst, dass sie nicht nur Lösungen, sondern auch Probleme erzeugen können (Seikkula 2002). Die Themen der Behandlungstreffen werden nicht vorab geplant, sondern in der



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

2. *Einbeziehen des sozialen Netzwerkes*: Von Beginn an, auch wenn der Patient akut psy-

der Therapieversammlung einzubeziehen.

Im Laufe des Behandlungsprozesses können weitere Personen, beispielsweise Lehrer, Arbeitgeber, Vertreter von Arbeitsämtern etc. zeitweise in die Therapieversammlungen eingeladen werden. Dabei kann der Ort der Versammlungen dahin wechseln, wo es günstig erscheint.

3. *Flexible Einstellung auf die Bedürfnisse*: Jeder Fall wird als einmalig angesehen. Deshalb gibt es keine standardisierte Behandlung oder festgelegten Behandlungsprogramme. Alle Therapiemethoden müssen an die Sprache, Lebensweise, die 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 meist nur die nächste Sitzung vereinbart.

Sitzung gemeinsam entschieden. Auch das gesamte Behandlungssetting wird von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt. Der langfristige Prozess soll optimalerweise eine Ko-evolution von Netzwerk und Professionellen darstellen. So entsteht ein Denken in Prozessen und nicht in Maßnahmen.

5. *Psychologische Kontinuität*: Therapieabbrüche oder Therapeutenwechsel sollen so weit wie möglich verhindert werden. Für Menschen mit psychotischen Störungen stehen die Teams möglichst in personeller Kontinuität für fünf Jahre, sofern sinnvoll auch länger, zur Verfügung. 60 Prozent der Behandlungen sind jedoch bereits nach zwei Jahren abgeschlossen (Seikkula 2006).

Weitere angewandte Therapiemethoden werden über die Therapieversammlungen in den Gesamtprozess integriert, z.B. nehmen Einzelpsychotherapeuten möglichst zu Beginn der Behandlung und wiederholt im Ver-

lauf an diesen Sitzungen teil. In dieser Situation bleiben sie die Vertrauten des Patienten.

6. *Aushalten von Unsicherheit*: Um ein vertieftes Verstehen und einen Prozess in Ko-evolution zu ermöglichen, sollten Therapeuten auf vorschnelle Festlegungen (z.B. Diagnosen und familiendynamische Erklärungen) und damit auf gewohnte Sicherheiten 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 nur vermeintliche Sicherheiten schaffen.

Die Transparenz unterschiedlicher Einschätzungen bei den Professionellen durch das »reflektierende Team« (Andersen 1996) und die Erfahrung einer Klärung im Prozess kann das Vertrauen der zuhörenden Klienten in den Prozess erhöhen. Bei größeren Differenzen innerhalb der Familie können sich einzelne Mitglieder des therapeutischen Teams auf einzelne Familienmitglieder mit besonderer Empathie fokussieren und ihre Position in der Reflexion repräsentieren.

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 und als Aussprache über bisher Ungesagtes aufgefasst. In Dialogen werden unterschiedliche Erfahrungen und Wirklichkeitskonstruktionen in einen Bezug zueinander gebracht. Möglicherweise kommen die Dialogpartner zu einem neuen gegenseitigen Verständnis.

Während der dialogischen Praxis entstehen neue Bedeutungen zwischen den Gesprächsteilnehmern. 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 (Seikkula/Arnkil

2007) 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 den Worten der anderen angerührt, entsteht Heilsames. Die Art des Denkens, die Einstellung und die Begegnung sind wichtiger als die Methoden.

Häufig befinden sich die Menschen in den ersten Therapieversammlungen in extremen Lebenssituationen mit tiefen emotionalen Erschütterungen und Verstrickungen. Am Beginn steht oft ein Gefühl der Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit, das dann auch erlebbar werden sollte und zu einem Gefühl gemeinsamer existenzieller Verbundenheit führen kann. Auch Therapeuten können mit intensiven Gefühlen reagieren und bewegen sich in einem Feld jenseits therapeutischer Technik.

Eine anschauliche Darstellung dieses Vorgehens findet sich in Seikkula/Arnkil 2007, S. 80 ff.

Antipsychotische Medikamente selektiv und in möglichst geringer Dosierung

Eine neuroleptische Medikation soll bei Erst-erkrankten in den ersten drei bis vier Wochen ganz vermieden werden. Im Fall von Ängsten und bei Schlafstörungen sind Benzodiazepine 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 psychotischen Krisen darauf verzichten. Die Krisen verlaufen dann meist deutlich leichter.

Im Rahmen des API-Projekts in fünf Modellregionen konnten 43 Prozent der erkrankten psychotischen Patienten in den ersten zwei Jahren und 51 Prozent in den dann folgenden drei Jahren ohne Neuroleptika behandelt werden. Die Patienten der Experimentalregionen zeigten dabei signifikant weniger psychotische Symptome und Hospitalisierungen und mehr »Griff im Leben« (Lehtinen et al. 2000; Alanen 2001; Aderhold et al. 2003).

Vermittlung in Einzelpsychotherapie bei Bedarf

Einzelpsychotherapie kann sowohl durch ausgebildete Psychotherapeuten in den Institutionen als auch durch solche in Privatpraxen erfolgen. In den Achtziger- und Neunzigerjahren hatten diese meist eine psychodynamische Orientierung, durch die neueren Entwicklungen jetzt oft einen kognitiven Ansatz. Beides ist kompatibel. Faktisch nehmen 50–65 Prozent der Patienten mit Psychosen Einzelpsychotherapie in Anspruch. In Finnland haben Menschen mit Psychosen seit mehreren Jahren einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch darauf. In der Regel nimmt der Psychotherapeut zu Beginn und am Ende, wenn es sinnvoll erscheint auch bei Krisen und weiteren Problemlagen, an den Therapieversammlungen teil.

Integration verschiedener Therapieformen

Die zusätzlichen therapeutischen Zugänge sollen sich gegenseitig ergänzen anstelle eines »Entweder-oder«-Vorgehens. Eine Einzeltherapie kann je nach den regionalen Gegebenheiten eine unterschiedliche methodische Orientierung haben. Die ursprüngliche Orientierung war psychodynamisch. Wichtige zusätzliche therapeutische Elemente sind:

■ *Krisenwohnung*

Das schwedische multizentrische »Parachute«-Projekt unter der Leitung von Johan Cullberg nutzte zusätzlich – als Alternative zur Krankenhaus-Akutenstation – erfolgreich kleine Krisenwohnungen (Cullberg et al. 2006; Cullberg 2008).

■ *Unterstützte Arbeit und Ausbildung* (»supported employment«)

Ende der Neunzigerjahre wurde dieses Element aufgrund seiner erwiesenen Wirksamkeit hinzugefügt. Durch die Kooperation mit den regulär im Schulsystem arbeitenden »school nurses« kann man auch oft von einer Art »supported schooling« sprechen. Vereinzelt werden auch Frühinterventionsprogramme mit derselben Orientierung in enger Kooperation mit »school nurses« aufgebaut (z.B. Espoo).

■ *Qualitätsorientierung*

Qualität wird als ein kontinuierlicher Prozess verstanden. Die Behandlungsteams erwerben eine außergewöhnlich gute Kompetenz und sind in der Lage, über viele Jahre mit den Patienten und ihren Familien zu arbeiten.

■ *Nachuntersuchung der Wirksamkeit*

Sowohl das obligatorische individuelle als auch das populationsbezogene Follow-up nach fünf Jahren sind für die Beurteilung des Verlaufs, der Wirksamkeit und für die He-

rausarbeitung von Wirkfaktoren und Interventionskomplexen von besonderer Bedeutung.

Evaluation des bedürfnisangepassten Behandlungsansatzes und offenen Dialogs

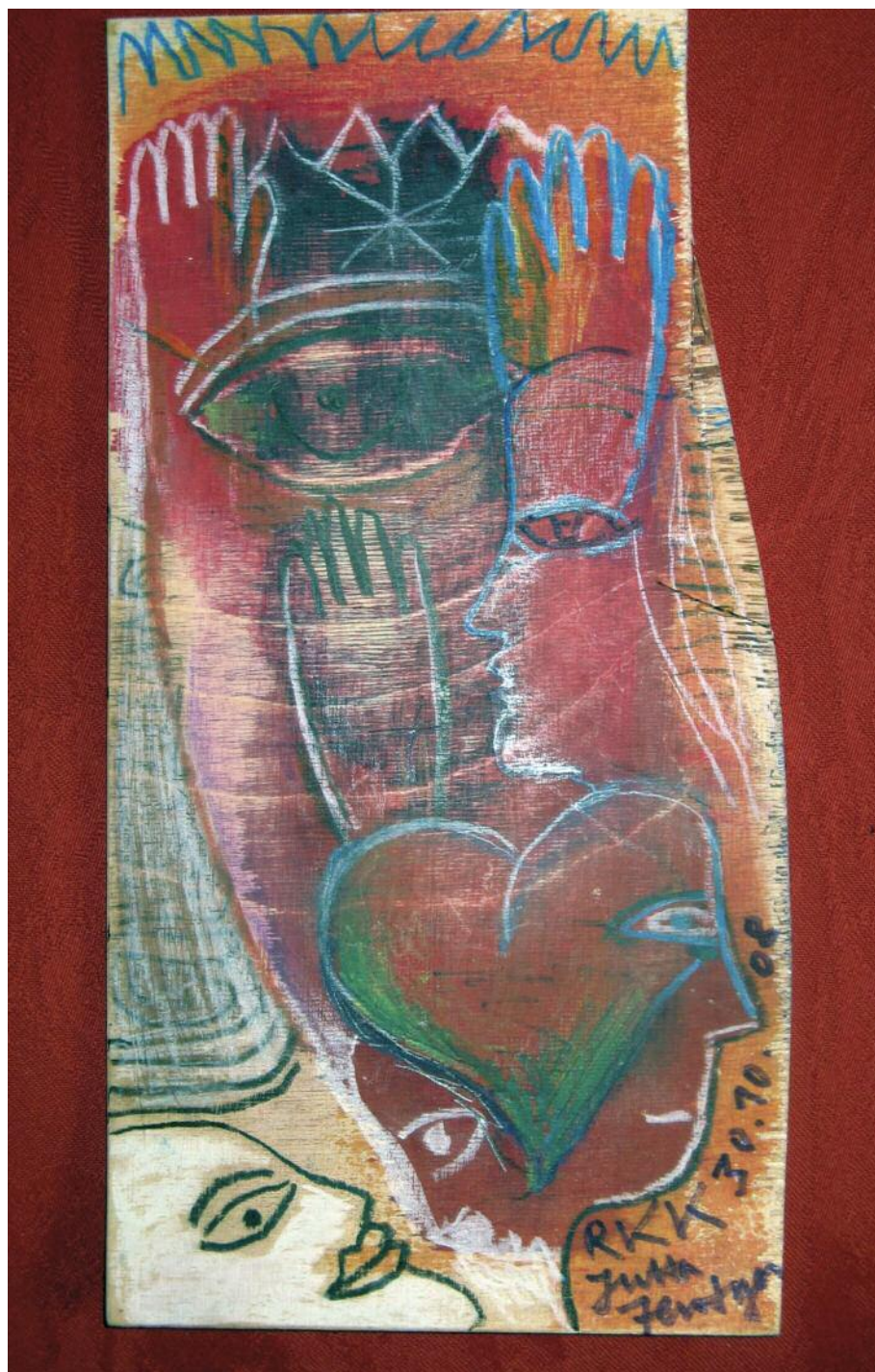
In finnischen und schwedischen Einzelprojekten wurden fünf historische Kohortenstudien zur genaueren Evaluation dieser Behandlungsform durchgeführt. Bei meist geringer Studiengröße (N=30 bis 106) wurden alle Ersterkrankten mit Schizophreniediagnose* bzw. erster nichtaffektiver psychotischer Episode aus unterschiedlichen, zirka einjährigen historischen Perioden und aus unterschiedlichen Versorgungsregionen miteinander verglichen. Es wurden keine randomisierten Studien innerhalb einer Versorgungsregion durchgeführt, weil dies in integrierten gemeindepsychiatrischen Behandlungssystemen dieser Größe kaum machbar ist, die Rekrutierungszeit für eine angemessene Zahl von Ersterkrankten zu lange dauern würde und sich eine Standardbehandlung im Zuge der Entwicklung des Behandlungssystems gar nicht mehr vorhalten ließe. Alle Ergebnisse geben 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 Prozent) der Patienten fünf Jahre nach Behandlungsbeginn,
- deutlich kürzere stationäre Behandlungen,
- bessere psychosoziale Funktionsfähigkeit,
- höherer Anteil voller Erwerbsfähigkeit,
- seltener Therapieabbrüche (Absenkung auf bis zu 5 Prozent über fünf Jahre),
- Neuroleptikafreiheit bei 40 bis 70 Prozent der Patienten während der gesamten Behandlungsdauer mit dann besserer Symptomatik und besserem Verlauf,
- in den übrigen Fällen meist 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 Alanen et al. in Aderhold et al. (2003), Cullberg (2008), Cullberg et al. (2006) sowie Seikkula et al. (2003, 2006).

Auch für depressive Störungen wird der Ansatz derzeit in einer Langzeitstudie evaluiert – und scheint genauso erfolgreich zu



Jutta Jentges

sein. Von einer Übertragbarkeit der Grundsätze auf andere Störungsbilder ist auszugehen, eventuell unter Ergänzung störungsspezifischer Therapieelemente.

Methodische Einordnung und Bewertung

Hometreatment (Burns et al. 2001) ist machbar und senkt – je nach historischer Ausgangslage bzw. Kontrollgruppe – die Inanspruchnahme des Krankenhauses. Auch mit dem Assertive Community Treatment (ACT) für meist schwerer gestörte Patienten mit

langer Hospitalisierung oder häufigen Behandlungsabbrüchen gelingt eine Reduktion dieser Abbrüche und eine Senkung der Wiederaufnahmerate (Marshall/Lockwood 2000) vor allem durch häufige Hausbesuche und komplexe Zuständigkeit für Gesundheit und soziale Problemlagen (Burns et al. 2006). Jedoch bleiben sowohl die Psychopathologie wie auch die soziale Funktionsfähigkeit der Patienten weitgehend unverändert, sodass Holloway und Carson (2001) urteilen, dass es *in sich* noch keine effektive Behandlungsmethode sei.

Die meist höhere Chronizität der Klienten und die geringe psychotherapeutische Ausrichtung des Ansatzes sind vermutlich dafür verantwortlich.

Seit langem jedoch wissen wir, dass Familientherapie bei Menschen mit so genannter Schizophrenie die Rückfallrate und Krankenhausaufnahme um zirka 30 Prozent senkt (RR=0.71), die soziale Kompetenz um zehn Punkte in der GAF-Skala steigert und die Symptomatik geringfügig verbessert (Pharoah et al. 2006). Viele Einzelstudien belegen sogar eine Reduktion um 50 Prozent. Die Effekte sind noch fünfzehn Monate nach Beendigung der Therapie nachweisbar, jedoch – wie für alle psychosozialen Behandlungsformen für Menschen mit schwereren psychischen Störungen gültig – nicht länger nachhaltig. Wesentliche Wirksamkeitsunterschiede zwischen den unterschiedlichen familientherapeutischen Methoden (psychoedukativ-behaviorale und unterschiedliche systemische Methoden) wurden nicht nachgewiesen, wenn auch zu den psychoedukativ-behavioralen Methoden deutlich mehr randomisierte Studien durchgeführt wurden (Shadish et al. 1997). Angehörigengruppen sind unwirksam bezüglich der Rückfallrate. Sie wurden jedoch in der zitierten Metaanalyse von Pharoah et al. (2006) in die Auswertung mit eingeschlossen.

Erst 2009 wurden erstmals außerhalb von Skandinavien in den britischen staatlichen Leitlinien des National Institute for Health and Care (NICE) sowohl Familientherapie als auch kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) für jeden Patienten mit Schizophrenie als obligate Behandlungsangebote vorgeschrieben (NICE 2009). Eine Kostenreduktion durch CBT um 1200 Euro und durch Familientherapie um 3200 Euro pro behandelten Patienten war ein explizites gesundheitsökonomisches Argument für diese psychotherapeutische Ausrichtung der Leitlinien.

Die Inanspruchnahme gängiger familientherapeutischer Ansätze und Angebote ist begrenzt. In der dänischen Opusstudie für Ersterkrankte lag sie im ersten Jahr bei 43 Prozent und im zweiten Jahr bei 34 Prozent bei Anwendung eines Mehrfamilienansatzes (Petersen et al. 2005). Der Fokus auf Familien und soziale Netzwerke im Rahmen des Hometreatments und das gemeinsame Überwinden und Verarbeiten der ersten Krise erleichtert offensichtlich deutlich mehr Familien den Zugang zum therapeutischen System.

In Verbindung mit der grundsätzlich kooperativen Grundhaltung erhöht sich die Akzeptanz des Modells und der darin arbeiten-

den Menschen durch die Klienten und Familien auch langfristig, ablesbar an einer Verringerung der Abbruchraten von erfahrenen Teams auf 18 Prozent bzw. 5 Prozent über fünf Jahre. Dies führt zu einer weiteren Erhöhung der Wirksamkeit (Lehtinen 1993; Lehtinen et al. 2000; Seikkula et al. 2006).

Statt mit Familien wird im offenen Dialog – wenn möglich – mit sozialen Netzwerken gearbeitet, um die Ressourcenorientierung zu verstärken und bei sehr aufgeladener Familiendynamik die Beteiligten zu entlasten.



Daraus resultiert eine deutliche Erleichterung der Arbeit. Zusätzlich zeigt die neuere epidemiologische Forschung, dass gute soziale Netzwerke vermutlich die Inzidenz psychotischer Störungen senken (Allardyce et al. 2005; Kirkbride et al. 2007). Sie werden daher als »soziales Kapital« (Bourdieu) aufgefasst.

Außerdem verbessert sich der Outcome durch die Kombination mit kognitiv-behavioraler (CBT) oder psychodynamisch orientierter Einzeltherapie. Bei schizophren diagnostizierten Patienten zeigt CBT mittlere Effektstärken bei der Reduktion psychotischer Symptomatik (Jones et al. 2004), störungsadaptierte psychodynamische Einzeltherapie etwas geringere, wobei hier kaum randomisierte Studien vorliegen (Gottdiener/Haslam 2002). Ein wesentlicher Wirkfaktor ist das Gelingen der therapeutischen Beziehung unter anderem durch eine Passung zwischen Therapeut und Patient und weniger durch einen spezifischen Methodeneffekt, wie auch ein kürzlich erschienenes kritisches Review erneut bestätigte (Lynch et al. 2010).

Zusätzliche Behandlungseffekte bewirkt die selektive Neuroleptika-Behandlung bei zirka 40 Prozent der Menschen mit Schizophrenie (-diagnose) (Studienübersicht in Bola et al. 2009). Insbesondere die Integrati-

on in Arbeit gelingt signifikant häufiger, wenn diese Untergruppe ohne Neuroleptika behandelt wird (Herz et al. 1991; Johnstone et al. 1990; Seikkula et al. 2006).

Modell für die Primär- und Basisversorgung

Die bedürfnisangepasste Behandlung ist ein Modell der psychiatrischen Primär- und Basisversorgung. Sie kann potenziell eine gesamte gemeindepsychiatrischen Region versorgen und eine unnötige Ghettoisierung vermeiden. 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.

Die Stigmatisierung durch die Psychiatrie ist aufgrund der geringen Hospitalisierung vermindert.

Die Hinzuziehung psychiatrischer Krisenteams wird zur Normalität: Zirka 30 Prozent der Bevölkerung in Westlappland hat in den zurückliegenden zwanzig Jahren schon an Therapieversammlungen teilgenommen.

Auf diesem Hintergrund erstaunt es nicht, dass das bedürfnisangepasste Behandlungsmodell durch die kumulative Wirkung dieser Einzelfaktoren und verstärkt durch langjährige therapeutische Kompetenz und Sicherheit der Behandlungsteams deutlich bessere Ergebnisse erzielt als die üblichen Behandlungsformen. Das Vorgehen besitzt aus der Perspektive von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen ein hohes Maß an erfahrungsgeliteter Plausibilität. Neben der wissenschaftlichen Evidenz (der lediglich die gemeindepsychiatrisch über viele Jahre kaum umsetzbare Randomisierung fehlt) und der hohen persönlichen und strukturellen Ethik des Ansatzes erfüllt das Modell die entscheidende Trias bestmöglicher Behandlungsmodelle von Evidenz, Erfahrung und Ethik (Thornicroft et al. 2009). ■

Dr. med. Volkmar Aderhold, Arzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, Institut für Sozialpsychiatrie der Universität Greifswald. E-Mail: v.aderhold@gmx.de

Literatur beim Verfasser.

* Wir benutzen den Terminus »Schizophrenie« aus Konvention und um wissenschaftliche Studien zitieren zu können. Schizophrenie ist jedoch ein Konstrukt unbekannter Gültigkeit (Validität) und seine Diagnostik von nur moderater Zuverlässigkeit (Reliabilität). Auch ist der stigmatisierende Effekt dieser Diagnose groß. Die diskutierte Abschaffung des Begriffes in einem neuen DSM-5 ist nicht erfolgt.