

## Originalarbeit

*Volkmar Aderhold*

### **Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge**

**Zusammenfassung:** Das finnische Modell der bedürfnisangepassten Behandlung entstand für die Behandlung psychotischer Ersterkrankungen. Kennzeichnend sind die sofortige und flexible Hilfe, die Einbeziehung der Familien und weiterer Bezugspersonen von Beginn an und möglichst zuhause bei den Patienten durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team und eine möglichst niedrig dosierte selektive Psychopharmakotherapie. Ungefähr die Hälfte der Patienten nimmt zusätzlich längerfristige Einzeltherapie in Anspruch.

Unter der Leitung von J. Seikkula wurde innerhalb dieses Behandlungsmodells die systemische Methodik des Offenen Dialoges entwickelt. Sie ist ausgerichtet auf die sozialen Netzwerke der Patienten und fördert in diesem möglichst sicheren Rahmen einen gemeinsamen offenen dialogischen Prozess aller Beteiligten.

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.

**Schlüsselwörter:** Bedürfnisangepasste Behandlung, Offener Dialog, Multiprofessionelles Team, Hometreatment, Antipsychotika

#### **Abstract: Need-Adapted Treatment and open dialogue**

The Finnish model of Need-Adapted Treatment was developed for treating first episode psychosis. It is characterized by immediate and flexible help, involving the family and other attachment persons from the start and when possible in the patient's home setting with a multi-professional therapeutic team and with the lowest possible dosage of selective psychopharmaceutical therapy. Approximately half the patients actually make use of the offer of long-term individual therapy.

Under the leadership of J. Seikkula within this treatment framework, a systemic methodology model of open dialogue has been developed. It is directed at the patient's social networks and facilitates, within this secure framework, a shared open dialogue process with all those involved.

Evaluation through comparable cohort studies shows a significant improvement in the symptomatic and functional outcomes in comparison to standard treatment, in particular a reduced rate of hospitalization and a higher integration in paid work or vocational training.

**Keywords:** Need-Adapted Treatment, open dialogue, multi-professional team, Hometreatment, psycho-pharmaceuticals

#### **Entwicklungsgeschichte**

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

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

Jede Entwicklungsstufe wurde durch eine prospektive Katamnesestudie aller ersterkrankten Patienten aus 1–2 Jahren mit einer »Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum« über einen Verlauf von zwei Jahren evaluiert. Jede Stufe der Entwicklung zeigte dabei bessere Ergebnisse als die vorausgegangene. Die familientherapeutischen Interventionen zeigten sich dabei als besonders wirksam (Lehtinen, 1993, 1994). Dies bestätigte auch das nationale Schizophrenieprojekt (NSP) in Versorgungsregionen, die 50 % der finnischen Bevölkerung umfassten (Alanen, 2001). Durch die ambulanten Akut-Teams gelang es, 63 % der Krankenhausbetten zu reduzieren (Tuori et al., 1998). Die ursprüngliche Kurzzeitorientierung in den Familientherapien wurde jedoch später verlassen.

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

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

- Anfangs finden wiederholt intensive Therapieversammlungen mit dem Betroffenen, seiner Familie und möglicherweise weiteren wichtigen Bezugspersonen statt. Die therapeutischen Aktivitäten werden hier

gemeinsam geplant und flexibel ausgeführt, in Krisen möglicherweise täglich. Sie sollen den tatsächlichen und veränderlichen Bedürfnissen des Patienten und seines persönlichen sozialen Netzwerkes entsprechen. Diese Therapieversammlungen bilden den Kern des Konzeptes.

- Untersuchung und Behandlung sind durch eine psychotherapeutische Haltung bestimmt, d.h., die Therapeuten bemühen sich, die Vorgeschichte und die auslösenden Bedingungen der psychotischen Krise und die Interaktionen im sozialen Netzwerk des Patienten zu verstehen und die therapeutischen Beziehungen und Hilfestellungen aus diesem Verständnis heraus zu gestalten.
- Verschiedene therapeutische Zugänge sollen sich gegenseitig ergänzen, anstatt sich zu behindern oder auszuschließen.
- Die Behandlung soll zu einem kontinuierlichen Prozess werden. Daher sind Sitzungsroutinen zu vermeiden.
- In jedem Einzelfall nach 5 Jahren eine Nachuntersuchung, um die Wirksamkeit der Behandlung zu überprüfen,
- Regelmäßige Anwesenheit des Patienten in allen therapeutischen Situationen, die ihn betreffen und in denen seine Behandlung geplant wird. Er hat als Experte für seine eigene Lebenssituation zu gelten.

Multiprofessionelle Ausbildungen als »training on the job« in vorwiegend systemischer, aber auch psychodynamischer Therapie machten die Umsetzung dieses Behandlungsmodells erst möglich. Im Zuge der Entwicklung wurden multiprofessioneller Psychoseteams (2–4 Mitarbeiter) in den Versorgungsregionen gebildet. Sie ermöglichen die weitgehende Behandlung der Klienten und Familien im häuslichen Kontext.

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

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

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

Diese Kombination der Prinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung 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 7–10 Tagen oft täglich, später sehr viel weniger, ca. 5- bis 7-mal 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 – erleichtert durch die Praxis des reflektierenden Teams – ein gemeinsamer dialogischer Prozess. Bisher Ungesagtes kommt jetzt oft 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 1,5 Stunden, aber bei Bedarf auch länger, im Verlauf eher kürzer. 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, zu Veränderungen des therapeutischen Settings oder zu personellen Änderungen im therapeutischen Team kommt.

In den unterschiedlichen Regionen wird entweder mit fallspezifischen Teams oder relativ festen Teams und darin 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 die im Folgenden beschriebenen sieben therapeutischen Prinzipien abgeleitet (Seikkula&Alakare, 2007).

### **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 essentiell für das therapeutische Gelingen, dass das System ganz auf die Sicherstellung dieses Prinzips ausgerichtet ist. Die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Zugangs erhöht sich dadurch deutlich und die Notwendigkeiten von Medikation und Hospitalisierung sinken. Ein Krisendienst im Hintergrund erleichtert die Arbeit und senkt die Hospitalisierungsrate weiter. Auch im späteren Verlauf bleibt diese Reaktionsflexibilität und Frühintervention bei Krisen essentiell.

### **2. Einbeziehen des sozialen Netzwerkes**

Von Beginn an, auch wenn der Patient akut psychotisch ist, werden die Familie und wichtige verfügbare Bezugspersonen einbezogen. Grundsätzlich wird das persönliche Netzwerk des Patienten als eine potentielle 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. In diesem Falle wird der Patient davon informiert, möglicherweise wird ihm die Sitzung durch eine geöffnete Tür hörbar gemacht. Er kann dann noch jederzeit direkt teilnehmen, wenn er dies möchte. Während dieser Sitzung ohne den Patienten fallen möglichst keine Entscheidungen, die den Patienten direkt betreffen. Falls Gefahrenmomente deutlich werden, sodass die Professionellen sich doch zum Handeln gezwungen sehen, wird der Patient während der Therapieversammlung davon informiert, um dann möglichst doch noch daran teilzunehmen.

Im Laufe des Behandlungsprozesses können weitere Personen wichtig werden. Dann werden beispielsweise auch Lehrer, Arbeitgeber und Vertreter von Arbeitsämtern zeitweise in die Therapieversammlungen eingeladen. 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, 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.

### **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 aus der Suchtabteilung oder dem Sozialamt. 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). Themen der Behandlungstreffen werden nicht vorab geplant, sondern in der Sitzung gemeinsam entschieden. Auch das gesamte Behandlungssetting wird von allen Beteiligten gemeinsam entwickelt. Der langfristige Prozess soll optimalerweise eine Ko-Evolution von 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 in möglichst personeller Kontinuität für fünf Jahre, sofern sinnvoll auch länger zur Verfügung. 60 % der Behandlungen sind jedoch bereits nach zwei Jahren abgeschlossen (Seikkula et al, 2006).

Weitere angewandte Therapiemethoden werden über die Therapieversammlungen in den Gesamtprozess integriert; z.B. nehmen Einzelpsychotherapeuten möglichst zu Beginn der Behandlung und wiederholt im Verlauf 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 und als Modell wirken. Bei größeren Differenzen innerhalb der Familie können 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 Aussprachen über bisher Ungesagtes aufgefasst. Es soll mehr Kompetenz und Handlungsfähigkeit für die individuelle Lebensgestaltung entstehen, jedoch nicht durch Instruktionen zu gezielten Veränderungen. Möglicherweise kommen die Dialogpartner zu einem neuen gegenseitigen Verständnis. In Dialogen werden unterschiedliche Erfahrungen und Wirklichkeitskonstruktionen in einen Bezug zueinander gebracht, um Differenzierung und Klärung, Verständnis und möglicherweise Annäherung zu erzeugen.

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

Dafür ist für Seikkula (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 Worten der anderen angerührt, entsteht Heilsames.

Die Art des Denkens, die Einstellung und die Begegnung sind wichtiger als die Methoden.

Oft sind die Menschen in anfänglichen 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 so eine Chance sein kann, dass ein Gefühl gemeinsamer existentieller Verbundenheit entsteht. Auch Therapeuten können mit intensiven Gefühlen reagieren und bewegen sich in einem Feld jenseits therapeutischer Technik.

Eine anschauliche Darstellung des therapeutisch technischen Vorgehens findet sich in Seikkula & Arnkil (2007, S. 80 ff).

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

Eine neuroleptische Medikation soll bei Ersterkrankten in den ersten drei bis vier Wochen ganz vermieden werden. Im Fall von Ängsten und bei Schlafstörungen sind Benzodiazepine 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 auf sie verzichten. Diese verlaufen dann meist deutlich leichter.

Im Rahmen des API-Projekts in fünf Modellregionen konnten 43 % der erkrankten psychotischen Patienten in den ersten zwei Jahren und 51 % 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 solche in Privatpraxen erfolgen. In den 80er und 90er Jahren hatten diese meist eine psychodynamische Orientierung, durch die neueren Entwicklungen haben sie jetzt oft einen kognitiven Ansatz. Beides ist kompatibel. Faktisch nehmen 50–65 % der Patienten mit Psychosen Einzelpsychotherapie in Anspruch. Es gibt in Finnland für Menschen mit Psychosen seit mehreren Jahren einen gesetzlich festgeschriebenen Anspruch darauf. In der Regel nimmt der Psychotherapeut zu Beginn und am Ende und, 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.

### **Krisenwohnung**

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

### **Unterstützte Arbeit und Ausbildung (Supported Employment)**

Ende der 90er Jahre wurde Unterstützung in der Arbeit als Element aufgrund der erwiesenen besseren Wirksamkeit hinzugefügt. Aufgrund der regulär im Schulsystem arbeitenden »school nurses«, mit denen z.B. im Rahmen von Therapieversammlungen in der Schule eng kooperiert wird, 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 außergewöhnliche gute Kompetenz und sind in der Lage, über viele Jahre mit den Patienten und ihren Familien zu arbeiten.

### **Nachuntersuchung der Wirksamkeit**

Das obligatorische individuelle und auch das populationsbezogene Follow-up nach 5 Jahren sind für die Beurteilung des Verlaufs und der Wirksamkeit und die Herausarbeitung von Wirkfaktoren und Interventionskomplexen von besonderer Bedeutung.

### **Evaluation des bedürfnisangepassten Behandlungsansatzes und Dialogs**

In finnischen und schwedischen Einzelprojekten wurden 5 historische Kohortenstudien zur genaueren Evaluation der dargestellten Behandlungsform durchgeführt. Bei meist geringer Studiengröße (N=30 bis 106) wurden alle Ersterkrankten mit Schizophrenie-Diagnose<sup>1</sup> bzw. erster nicht-affektiver psychotischer Episode aus

<sup>1</sup> 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 V (ca. 2013) kann nur erhofft werden.

unterschiedlichen ca. einjährigen historischen Perioden oder aus unterschiedlichen Versorgungsregionen miteinander verglichen. Es wurden keine randomisierten Studien innerhalb einer Versorgungsregion durchgeführt, weil dies in integrierten gemeindepsychiatrischen Behandlungssystemen dieser Größe kaum durchführbar 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
- Symptomfreiheit beim überwiegenden Teil (bis mehr als 80 %) der Patienten fünf Jahre nach Behandlungsbeginn
- deutlich kürzere stationäre Behandlungen
- bessere psychosoziale Funktionsfähigkeit
- ein höherer Anteil voller Erwerbsfähigkeit
- seltener Therapieabbrüche (Absenkung auf bis zu 5 % über fünf Jahre)
- Neuroleptikafreiheit bei 40 bis 70 % 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. (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 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 dem Assertive Community Treatment (ACT) für meist schwerer gestörte Patienten mit langer Hospitalisierung oder häufigen Behandlungsabbrüchen gelingt eine Reduktion von Behandlungsabbrüchen 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 sog. Schizophrenie die Rückfallrate und Krankenhausaufnahme um ca. 30 % senkt (RR=0,71) und die soziale Kompetenz um 10 Punkte in der GAF-Skala steigert und die Symptomatik geringfügiger verbessert (Pharoah et al., 2006). Viele Einzelstudien belegen sogar eine Reduktion um 50 %. Die Effekte sind noch 15 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 in die Auswertung mit eingeschlossen.

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

Die Inanspruchnahme gängiger familientherapeutischer Ansätze und Angebote ist jedoch begrenzt. In der dänischen Opusstudie für Ersterkrankte lag sie im ersten Jahr bei 43 % und im zweiten Jahr bei 34% bei Anwendung eines Mehr-Familien-Ansatzes (Petersen et al., 2005).

Der Fokus auf Familien und soziale Netzwerke von Anfang an 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 arbeitenden Menschen durch die Klienten und Familien auch langfristig, ablesbar an einer Verringerung der Abbruchraten von erfahrenen Teams auf 18 % bzw. 5 % über fünf Jahre. Dies bedingt eine weitere 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.

Zusätzlich verbessert sich der Outcome durch die Kombination mit kognitiv-behavioraler oder psychodynamisch orientierter Einzeltherapie. Bei schizophren diagnostizierten Patienten zeigt kognitiv-behaviorale Therapie 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 u.a. durch eine Passung zwischen Therapeut und Patient und weniger durch einen spezifischen Methodeneffekt, wie auch ein kürzlich erschienenenes kritisches Review erneut bestätigte (Lynch et al., 2010).

Zusätzliche Behandlungseffekte bewirkt die selektive Neuroleptikabehandlung bei ca. 40 % der Menschen mit Schizophrenie(-diagnose) (Studienübersicht in Bola et al., 2009). Insbesondere die Integration in Arbeit gelingt signifikant häufiger, wenn diese Untergruppe ohne Neuroleptika behandelt wird (Herz et al., 1991; Johnstone et al., 1990; Seikkula et al., 2006).

Die bedürfnisangepasste Behandlung ist ein Modell der psychiatrischen Primär- und Basisversorgung und umfasst (potentiell) die gesamte Versorgung einer gemeindepsychiatrischen Region. Eine unnötige Ghettoisierung wird vermieden. Flexible Akutteams ermöglichen maximale Lebensfeldorientierung und die Arbeit innerhalb des natürlichen Sozialraums. Soziale Inklusion und natürliche Beziehungen zu Peers werden so weit wie möglich aufrechterhalten.

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

Die Hinzuziehung psychiatrischer Krisenteams wird zur Normalität: ca. 30 % der Bevölkerung in West-Lappland 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 Behandlungsteam deutlich bessere Ergebnisse als die üblichen Behandlungsformen erzielt. Das Vorgehen besitzt aus der Perspektive von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen ein hohes Maß an erfahrungsgeliteter Plausibilität, sodass zusammen mit der wissenschaftlichen Evidenz (der lediglich die gemeindepsychiatrisch über viele Jahre kaum umsetzbare Randomisierung fehlt) und der hohen persönlichen und strukturellen Ethik des Ansatzes die entscheidende Trias bestmöglicher Behandlungsmodelle von Evidenz, Erfahrung und Ethik (Thornicroft et al., 2009) erfüllt wird.

## **Autor**

**Volkmar Aderhold**, Jahrgang 1954, Dr. med., Arzt für Psychiatrie Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin, arbeitet seit 1982 in der Psychiatrie. 10 Jahre Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf. Aktuell Mitarbeiter der Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald. Qualifizierungsmaßnahmen und Beratung von Kliniken bei der Strukturentwicklung

## **Literatur**

Aderhold, V., Alanen, Y., Hess, G., Hohn, P. (Hrsg.) (2003). Psychotherapie der Psychosen: integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien, Gießen: Psychosozial Verlag

Alanen, Y. O. (2001). Schizophrenie: Entstehung, Erscheinungsformen und bedürfnisangepasste Behandlung, Stuttgart: Klett-Cotta

Alanen, Y. O., Lehtinen, V., Lehtinen, K., Aaltonen, J., Rääköläinen, V. (2003). Das integrierte Modell der Behandlung schizophrener und verwandter Psychosen. In: Aderhold, V., Alanen, Y., Hess, G., Hohn, P. (Hrsg.). Psychotherapie der Psychosen: integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien (S.65-88), Gießen: Psychosozial Verlag

- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rääkkyläinen, V., et al. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363–372
- Allardyce, J., Gilmour, H., Atkinson, J., Rapson, T., Bishop, J., McCreadie, R. G. (2005). Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 187, 401–406
- Andersen, T. (Hrsg.) (1996). *Das Reflektierende Team: Dialoge und Dialoge über Dialoge*, Dortmund: Verlag Modernes Lernen
- Bola, J. R., Lehtinen, K., Cullberg, J., Ciompi, L. (2009). Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: a review of the literature. *Psychosis*, 1, 4–18
- Burns, T., Catty, J., Wright, C. (2006). De-constructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 33–35
- Burns T., Knapp M., Catty J., Healey A., Henderson J., Watt H., Wright C. (2001). Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 15, 1–139
- Cullberg, J. (2008). *Therapie der Psychosen: ein interdisziplinärer Ansatz*, Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S., et al. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: A 3-year follow-up of the Swedish »Parachute Project« and two comparison groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 274–281
- Gottdiener, W., Haslam, N. (2002). Efficacy of individual psychotherapy for schizophrenia: a meta-analysis. *Ethical Human Sciences and Services*, 4, 660–687 (dt. in Müller, T., Matajek, N. [Hrsg.] [2007]: *Empirische Forschung in der Psychosentherapie* [S. 7–44], Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)
- Herz, M. I., Glazer, W. M., Mostert M. A., et al. (1991). Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia: two-year results. *Archives of General Psychiatry*, 48, 333–339
- Holloway, F., Carson, J. (2001). Case management: an update. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 21–31
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I., Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004,4, CD000524
- Johnstone, E. C., Macmillan, J. F., Frith, C. D., et al. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following 1st schizophrenic episodes. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182–189
- Kirkbride, J. B., Morgan, C., Fearon, P., Dazzan, P., Murray, R. M., Jones, P. B. (2007). Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychological Medicine* 37, 1413–1425
- Lehtinen, K. (1994). Need-adapted treatment of schizophrenia: family interventions. *British Journal of Psychiatry*, 164, suppl. 23, 89–96
- Lehtinen, K. (1993). Need-adapted treatment of schizophrenia: a 5-year follow-up study from the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 96–101
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., et al. (2000). Two-year outcome in first episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15, 312–320
- Lynch, D., Laws, K. R., McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40, 9–24
- Marshall M., Lockwood A. (2000). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, 2, CD001089
- NICE (2009). Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care, NICE clinical guideline 82, London: National Institute of Health and Clinical Excellence
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T. O., Krarup, G., Jorgensen, P., Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *British Medical Journal*, 331, 602
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, 4, CD000088
- Seikkula, J. (2002). Die Kopplung von Familien und Krankenhaus. In: Greve, N., Keller, T. (Hrsg.). *Systemische Praxis in der Psychiatrie* (S. 303–321). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag
- Seikkula, J., Alakare, B. (2007). Offene Dialoge. In: P. Lehmann, P., Stastny, P. (Hrsg.). *Statt Psychiatrie 2* (S. 234–249), Berlin: Antipsychiatrie Verlag
- Seikkula, J., Arnkil, T. E. (2007). *Dialoge im Netzwerk: Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*, Neumünster: Paranus-Verlag
- 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 Research*, 16, 214–228
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5, 163–182
- Shadish, W. Ragsdale, K., et al. (1997). Effektivität und Effizienz von Paar- und Familientherapie: eine metaanalytische Perspektive. *Familiendynamik*, 22, 5–33
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2009). *Better mental health care*, Cambridge: Cambridge University Press
- Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., et al. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 10–17



## **Traitement adapté aux besoins et dialogues ouverts**

Le modèle finlandais du ‘traitement adapté aux besoins’ (*need-adapted treatment*) est appliqué en particulier lorsqu’il s’agit de traiter des psychoses chez des patients qui ne souffraient d’aucun trouble précédemment ; il a été élaboré au cours d’un long processus de développement, est actuellement utilisé dans environ un quart des régions du pays et est également mis en œuvre dans d’autres pays scandinaves. Il est caractérisé par les aspects suivants : un soutien immédiat et flexible est apporté, les familles et d’autres référents participent dès le début à des ‘assemblées thérapeutiques’ – dans la mesure du possible chez les patients –, la continuité thérapeutique est assurée par une équipe multi professionnelle et une dose aussi basse que possible de neuroleptiques soigneusement sélectionnés est prescrite. Environ la moitié des patients suit en outre une psychothérapie individuelle de longue durée. Sous la direction de J. Seikkula et inspiré par T. Andersen (Tromsø, Norvège), ce modèle a été complété dans la région de Laponie occidentale par la méthode systémique du dialogue ouvert. Celle-ci utilise les réseaux sociaux des patients, mettant en place des échanges multiples et créant un cadre aussi sécurisé que possible au niveau d’un processus collectif ouvert. La méthode en question implique les principes d’une égalité (aussi grande que possible) entre participants, celui d’une responsabilité collective ainsi que celui du besoin de supporter les moments marqués par l’insécurité tout en évitant les conclusions et les décisions hâtives. La mise en œuvre flexible de la réflexion d’équipe s’est avérée très utile.

Une évaluation par le biais d’études comparant des cohortes a montré que les effets au niveau symptomatique et fonctionnel sont bien meilleurs que dans les traitements standards ; cela concerne en particulier le taux d’hospitalisation – qui est moindre – et l’intégration dans le monde du travail ou de la formation.

Plusieurs facteurs actifs jouent sans doute un rôle par rapport aux bons résultats des traitements : seuil bas puisque le traitement est mené dès le début chez le patient (Hometreatment), travail avec les familles et les réseaux sociaux utilisant prioritairement les ressources sociales, psychothérapie individuelle lorsque cela est nécessaire, continuité au niveau des traitants et cohérence psychologique des processus thérapeutiques, recherche d’une intégration au monde du travail, doses aussi basses que possible de neuroleptiques – ou pas de traitement médicamenteux lorsque cela est possible –, mise en œuvre de tous les modes d’intervention et nombre bas d’interruptions du traitement.