

Psychiatrie in der Krise

Der offene Dialog - **eine** Antwort ?

Volkmar Aderhold

Hamburg

Institut für Sozialpsychiatrie
an der Universität Greifswald

Psychiatrie in der Krise

Kennzahlen zur Entwicklung und Wirksamkeit
des „Psychiatrischen Versorgungssystems“.

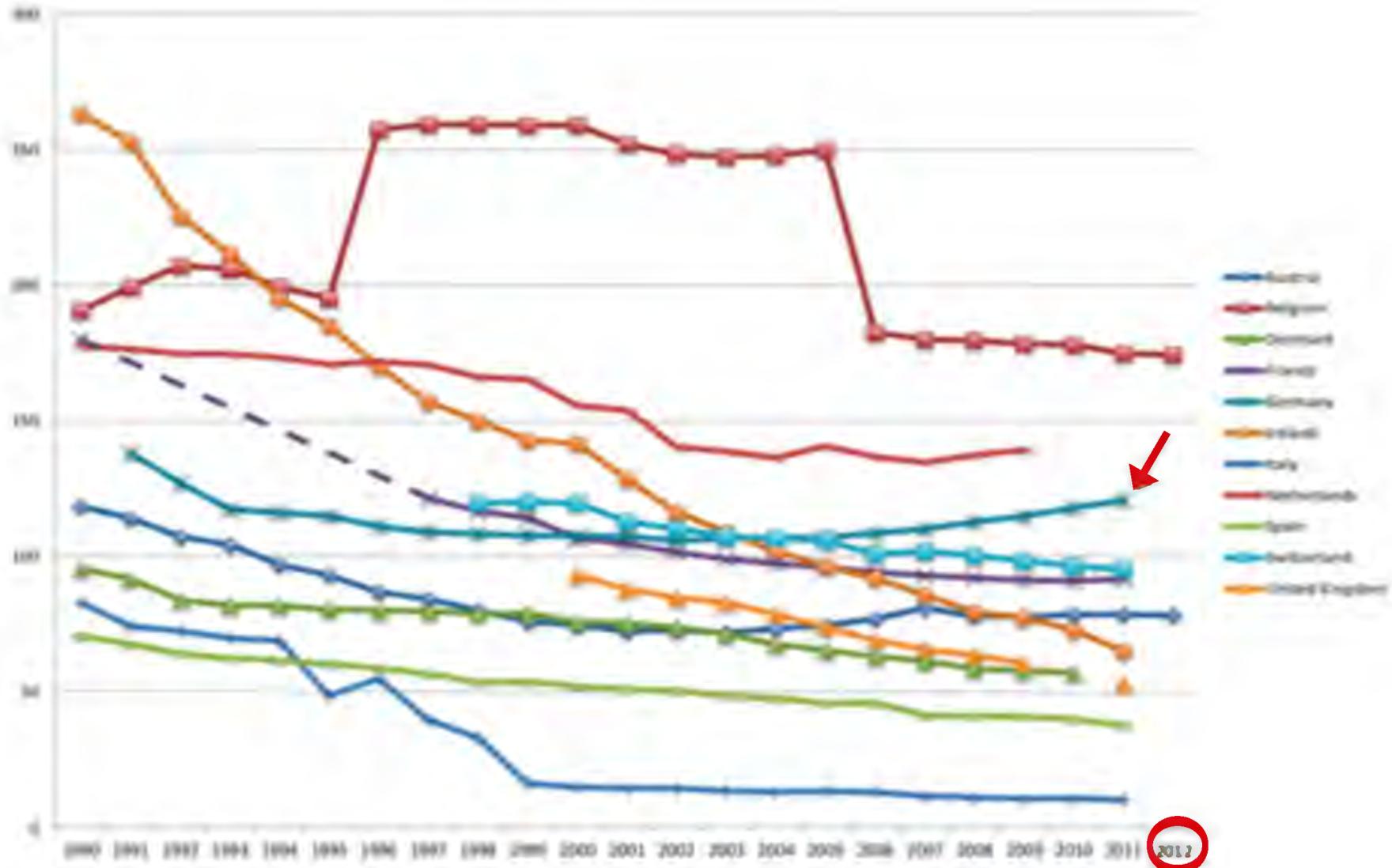
Zunahme der Betten seit 2001

Ständige Zunahme der psychiatrischen Betten um ca. 25%

Liegezeitverkürzung mit Hoher Rate von Wiederaufnahmen:
40% im 1. Jahr = beschleunigter Drehtüreffekt

**Bei gut ausgebautem ambulanten Behandlungssystem
mit mobilen multiprofessionellen Teams würde
ca. 40-50% der Betten ausreichen.**

Psychiatrische Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner



Krankenhausfinanzierung

Krankenausbudgets ohne Ausgabenkontrolle
Privatisierungsrate von Kliniken 28%.

**Stationäre Psychiatrie als 'cash cow'
durch Gewinnentnahmen oder Querfinanzierung der Somatik**

Ca. 11.000 unbesetzte Stellen insgesamt (Hochrechnung)
durch unvollständig umgesetzte aber bezahlte PsychPV.

Neue Richtlinie zur Personalausstattung ab 2020: wird das dann besser?

Zwang in Institutionen

Ca. **54.000** Zwangsmaßnahmen/J in Kliniken.

Die meisten wären vermeidbar.

Mehr Personal (VERDI Umfrage: Die Hälfte und mehr so vermeidbar.)

Entschiedene Anwendung von Konzepten zur Zwangsvermeidung:

z.B. **Trauma-sensible Behandlung**

16 Betten - Abschaffung des Stationszimmers ... Architektur

ca. 90% der Pat. in Zwangskontexten zuvor im Leben Traumata erlitten.

Hohes Risiko der **Retraumatisierung**

- **Hohe Rate an vermeidbaren Menschenrechtsverletzungen**

Forensische Unterbringungen

10.700 Forensische Unterbringungen:

mehr als 200% verglichen mit anderen EU-Staaten

Gesetzliche Betreuungen

Hohe Rate gesetzlicher Betreuungen: **Anstieg um 700% in 20 Jahren.**

Was fehlt:

Ambulante multiprofessionelle Teams

mit Kompetenz in Sozialarbeit,

Zusammenarbeit mit Klienten und seinem sozialen Netzwerk

- **Geschätzte Absenkungsrate: 20-30%**

Eine vermeidbare Menschenrechtsverletzung

Zwangseinweisungen

Ca. 130.000 Zwangseinweisungen/Jahr.

Anstieg um **240%** in den letzten 20 Jahren

Was fehlt:

Ambulante multiprofessionelle Teams

Zusammenarbeit mit Klienten und seinem sozialen Netzwerk

- **Gemeinsam entwickelter Krisenplan senkt Risiko um 23%.**

Keine andere Intervention mit nachgewiesenem Effekt.

de Jong et al JAMA P 2016

Psychotherapie bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Kaum Psychotherapie für diese Menschen: **1-3 %**

In den **Leitlinien** ist Psychotherapie immer eine **SOLL-Empfehlung für alle Erkrankungen**

Durch Anstieg der Zulassungen von Psychotherapeuten seit 2000 bis 2010 von 14.900 auf 19.200 keine Veränderung

Was fehlt:

Ambulante multiprofessionelle Teams

Zusammenarbeit mit Klienten und seinem sozialen Netzwerk

Unterstützung von Psychotherapeuten v.a. in Krisen,
die dann bereit wären, diese Patienten zu behandeln.

Arbeitsintegration - Frühverrentung

10 % regulärer Arbeitsplatz

20 % Arbeit in Behindertenwerkstätten: **Anstieg** seit UN-BRK um 16%
Übergang in allgemeinen Arbeitsmarkt: **0,11% !**

50% Frühverrentung: **ständiger Anstieg** seit 2000.

Was fehlt:

Studie des Robert Koch Instituts 2015

Ambulante multiprofessionelle Teams für unterstütztes Arbeiten

Zusammenarbeit mit Klienten und Arbeitgeber und Arbeitskollegen

„supported employment“ - „First place then train.“

• 3 fach höhere Vermittlung auf den 1. Arbeitsmarkt gemäß Studien

Soziale Exklusion

„3 Klassen Psychiatrie“

Wenig wirksame ambulante Versorgung: „**ambulantes Ghetto**“

60.000 schwer psychisch kranke Menschen (30%) leben **in Heimen** (2017)

2/3 der Eingliederungshilfe fließt in Heimeinrichtungen (2.8 Mrd).

120.000 Obdachlose psychisch Erkrankte

„**3-Klassen-Psychiatrie**“ (Wienberg): **Wohnungslose, Forensiken, Gefängnisse**

Hohe Chronifizierungsrate

Was empfehlen die Leitlinien für Psychosoziale Therapien 2013 u. 2018

Multiprofessionelle ambulante Teams

Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Empfehlung 11 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Keinerlei Evidenz für

- Stationäre Behandlung: 18 - 21 - 24 - 27 Betten
Halten Sie Akutstationen für ein heilsames Milieu?
- Geschlossene Stationen
- Ärztliche Visiten
- Morgenrunden
- Fixierungen
-
- 1:1 Betreuung längerfristig, außerhalb von Psychotherapie

Ernüchternde Bilanz der Kaderschmiede in den USA

National Institute of Mental Health USA

Sarah Morris:

Die meisten **psychiatrischen Behandlungsmethoden** versagten bei der Hälfte der Patienten: „**Das zeigt, dass wir irgendetwas grundsätzlich falsch machen müssen.**“

FAZ 6.9.2015

Handlungsleitende Konstrukte der aktuellen Psychiatrie

Neuro-Biologisierung der Psychiatrie seit dem 1970
und ihre
uneingelösten Verheißungen

Biologisierung der Psychiatrie - Uneingelöste Verheißungen

Diagnostik: Symptomcluster ohne Validität, nur Konstrukte
Zunahme der Diagnosen – „Ko-Morbidität“ - Erfindung neuer „Erkrankungen“
Bahnt Dominanz der Pharmakotherapie
Ein subkulturelles Narrativ der Gilde der Psychiater.

Neurobiologische Grundlagenforschung: keine kausalen Erklärungen.
Keine Durchbrüche für die Behandlung.

Neuroimaging: Nach 4 Jahrzehnten **keinen klinischen Fortschritt**

Genetik: **keine bedeutsamen Befunde + Behandlungseffekte**

Epigenetik: Erhebliche soziale Einflussfaktoren: Traumatisierungen, soziale Ablehnung, Armut, Migration, Diskriminierung, urbane Lebenswelten, soziale Fragmentierung

DSM V (2013)

Zitat von Thomas Insel, damals Direktor der NIMH zur Veröffentlichung des DSM V

*“DSM-Diagnosen basieren auf einem Konsens über Cluster klinischer Symptome und nicht auf einer objektiven Labormaßnahme. In der **übrigen Medizin** würde dies der Schaffung von **Diagnosesystemen entsprechen, die auf der Natur der Brustschmerzen oder der Qualität des Fiebers beruhen**. In der Tat ist die symptom-basierte Diagnose, die in anderen Bereichen der Medizin einmal üblich war, im letzten halben Jahrhundert weitgehend abgelöst worden, da wir verstanden haben, dass Symptome allein selten die beste Wahl der Behandlung anzeigen.*

Patienten mit psychischen Störungen haben etwas besseres verdient.“

Neuroimaging als Beleg für die These von Hirnerkrankungen?

„... auf der Basis der verfügbaren Studien zur Bildgebung gibt es **keinen konsistenten Grund** dafür, die radikale und provokante Hypothese zurückzuweisen, **dass die Schizophrenie eine Hirnerkrankung sei.**“

Fusar-Poli 2009

Neuroimaging + Bedeutung von Missbrauch als Kind

- „Ausgeprägte **neurobiologische Unterschiede** zwischen gesunden Kontrollpersonen und Personen mit psychischen Störungen sind in erster Linie **auf die misshandelte Untergruppe beschränkt.**“

Teicher et al [Nature Review](#) 2016

Psychopharmaka

- Keine kausalen ‚heilenden‘ Wirkmechanismen.
- **Keine im Wirkmechanismus neue Substanz seit 40 Jahren** (Fibiger CEO Lilly)
- Geringe Wirksamkeit:
 - Neuroleptika: NNT = 6 +** Bei 5 von 6 Pat nicht sign. besser als Placebo, z.T noch klinisch unbedeutend
 - Antidepressiva: NNT = 8-10** Bei 7 bzw. 9 Pat nicht sign. besser als Placebo
- Verwendung klinisch **unbedeutender Effekte als Schwellenwerte.**
Psychosen: PANSS: 10 statt 15 Punkte – Depressionen: HRSD 1,6 statt 7 Punkte
- „**Placebo**“ bei Psychosen = Medikamentenentzug in 3-5 Tagen: **Absetzeffekte**
- **Studiendauer** nur Wochen bis wenige Monate, **Abbrecher** 40% - 70%

Behandlungen mit Psychopharmaka

- Anstieg Verordnung **Antidepressiva: 680%** in 22 Jahren
- Anstieg Verordnung **Neuroleptika: 28%** in 9 Jahren
- **Körperliche Abhängigkeit durch Entzugsphänomene häufig**
- Weiterhin oft **unsachgemäße Anwendung** von Psychopharmaka:
 - Hohe Dosierungen
 - Kombinationen
 - Verordnungen ohne Zulassung (50%)
- **Viele vermeidbare oft dosisabhängige Nebenwirkungen !**
- **Langfristig höheres Chronifizierungsrisiko**

Pharmaindustrie und Psychopharmakaforschung

- 90 % der Studien von **Industrie finanziert**.
- **Vielfältige manipulative Studiendesigns** und Datenauswertung
- **Selektives Publizieren** – unveröffentlichte neg. Ergebnisse

- **Atypika**: 2009 mit 14.9 Mrd \$ umsatzstärkste Medikamentengruppe von allen Medikamenten überhaupt

- **Getäuschte und mit täuschende und daran verdienende Psychiater**
„Mietmäuler“
- Wann kommt die nächste Täuschung, der nächste Betrug?

S 3 Leitlinien „Schizophrenie“ 2019

- Die neuen S 3 Leitlinien Schizophrenie 2019 sind deutlich besser.
- Nutzen Sie sie.

Was fehlt **und darin steht:**

Ambulante multiprofessionelle Teams

Zusammenarbeit mit Klienten und seinem sozialen Netzwerk

Um bei der Reduktion und dem Absetzen von Neuroleptika zu unterstützen

Biologisierung der Psychiatrie

Stigmatisierung:

Zunahme statt Abnahme bei schweren psychischen Erkrankungen

Zunahme alter Verfahren:

EKT

Frühsterblichkeit

weiterhin erheblich:

Ø 10 J bei Menschen mit schweren psych. Erkrankungen

Ø 20–25 J bei Menschen mit „Schizophrenie“-Diagnose

Evidenz des Handelns in der aktuellen Psychiatrie

„Es gibt **überhaupt keine wissenschaftliche Evidenz**, dass die psychiatrische Behandlung und Versorgung, wie wir sie betreiben, die richtige ist. Es ist das Ergebnis unserer Kultur und **nicht zwingender als ein schamanisches Vorgehen**.

Aber das biopsychiatrische Modell wird mit **Geld und Anerkennung** bedacht und auch dadurch als die dominierende Sicht und Behandlungsweise fortgeschrieben.

Wenn wir etwas zehnfach, zwanzigfach hören, im **Studium**, in der **Facharztausbildung**, in den **Medien, den Fachzeitschriften**, dann liegt es nahe, auch **selbst durch diese Brille auf diese Welt und die Patienten zu schauen**.“

Weinmann 2019

Stefan Weinmann



Evidenz basierte Medizin (EbM)

- Ein aus pharmakologischer Forschung stammendes Prüfmodell
- Privilegierung von randomisierten kontrollierten Studien
- Nicht brauchbar für komplexe Modelle, Praxisformen, bei denen keine Randomisierung möglich ist.
- Hohe interne Validität (für den experimentellen Kontext)
- Geringe externe Validität (für die Alltagswelt)
- Effektstärken fast immer gering, treffen für die meisten Pat. nicht oder nicht ausreichend zu.
- Macht- und ökonomische Interessen werden so oft durch anscheinend neutrale und technische Lösungen maskiert.
- Kolonisierung des Denkens

Und warum erzähle ich Ihnen das?

- Lassen Sie sich nicht mehr bluffen.
- Verlieren Sie den falschen Respekt vor dem brüchigen biomedizinischen Paradigma..
- Es wird nur noch von Gewohnheit zusammen gehalten.
- Stellen Sie es immer wieder in Fragen.
- Hinterfragen Sie so oft wie möglich die behauptete wissenschaftliche Evidenz.
- Paradigmen sind Narrative.
- Sie dienen denen, die an der Macht sind als Instrument.

Um was es geht

- Den “Graben“ zwischen uns ‚Gesunden‘ und ‚den Kranken‘ überwinden.
- Jeder Mensch ist einmalig.
- Jede Behandlung ist ein individuelles „Experiment“.
- Es geht um die Kraft der menschlichen Begegnung und die Möglichkeiten der Veränderungen, die sich daraus ergeben.
- Sie muss dem einzelnen Betroffenen Sinn und Bedeutung (zurück-)geben.
- Den Betroffenen dazu verhelfen, auch eine gebenden Person zu werden.

Ambulantisierung

Ja, aber wie ?

Der offene Dialog - eine Antwort?

Es begann

- ab 1987
- als Verfeinerung des „need adapted treatment“ in fast ganz Finnland.
(Y.O. Alanen und viele Mitarbeiter)
- als Enthospitalisierungsprogramm eines Langzeitkrankenhauses in West-Lappland.
- ... mit vielen kleinen Schritten
- ... mit vielen Fortbildungen der Teams bis heute

Die Projekte

PROJEKT	Einzugsgebiet Einwohnerzahl
Turku Schizophrenia Project ab 1968	160.000
National Schizophrenia Project 1981 - 1987	1,100.000
Kupittaa Project, Turku 1989 - 1992	80.000
Integrated Treatment of Acute Psychosis Project (API) 1992-1997	600.000
Western Lapland Project ab 1987	75.000
Tampere Psychosis Project, 1994	160.000
Kainuu Project, 1992	75.000
Oulu Project 2008	150.000

Offener Dialog - West-Lappland

Jaakko Seikkula

Birgitta Alakare

Jukka Aaltonen

..... und viele andere

Stellen Sie sich vor

Struktureller Kontext

- **Multiprofessionelle ambulante Teams**
+ **Erfahrungsexperten im Team**
- Krisendienst 24 h
- Eventuell „Krisenwohnung“
- Akutstation im Krankenhaus

Weitere Therapien bei Bedarf:

- **Individuelle Psychotherapie** (50 - 65 % b. Psychosen)
- Kunsttherapie – Musiktherapie – Ergotherapie
- **Unterstütztes Arbeiten** (Supported Employment)

7 Prinzipien
12 Schlüsselemente

Organisatorischer Kontext

- **Sofortige Hilfe** in Krisen - der erste Anruf genügt.
- **Netzwerkgespräche in 24 h** von Beginn an und fortlaufend nach Bedarf
- **Flexibilität und Mobilität** – Ort und Zeit
- **Verantwortung** des Teams für den Rahmen und Prozess
- **Beziehungskontinuität und psychologische Kontinuität** - so lange erforderlich

Sofortige Hilfe

„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 & Alakare 2015

Netzwerkgespräche als Offener Dialog

Netzwerkgespräche

- Netzwerkgespräche sind die zentrale Intervention.
Von Anfang an und so oft wie erforderlich
In **West-Lappland bei allen Klienten angewandt/angeboten.**
- Dauer **90 Minuten**. Mindestens **2 Teammitglieder**.
Bei Bedarf weitere Professionelle
- Familienangehörige, Freunde, Nachbarn ... später
amb. Psychotherapeuten, Ausbilder, Lehrer, Arbeitskollegen,
Arbeitgeber ...
- Ziel ist es, die ambulante Behandlung so bald wie möglich
mit dem Alltagsleben des Patienten zu verbinden.

Netzwerkgespräche

Arbeit mit den wichtigen natürlichen Bezugspersonen
natürlichen Beziehungen und Bindungen

Persönliches Netzwerk als Ressource

**Die potentesten Netzwerke sind
die privaten Netzwerke.**

Netzwerkgespräche - Kernideen

Behandlungsprozess gemeinsam mit dem Patienten und sozialem Netzwerk **strukturieren**.

Sicherer Rahmen

Raum für **Begegnung**, Verstehen und Verständigung

Veränderungen durch

emotionale Erfahrungen und
gemeinsames Nachdenken.

Netzwerkgespräche - Haltung

Haltung von Respekt, Wertschätzung, Offenheit

Größtmögliche **Gleichwertigkeit** aller

Vermeiden von Routinen und dauerhaften Schlussfolgerungen

Aushalten von Unsicherheit

Veränderung des eigenen Handelns der Professionellen
Veränderung der anderen.

statt

Schlüsselemente von Netzwerkgesprächen

1. Zwei (oder mehr) Therapeuten im Netzwerkgespräch

2. Teilnahme der Familie und des Netzwerks

Nicht alle in allen Sitzungen

Mit Zustimmung des Betroffenen

Beginn auch mit Gesprächen vor geöffneter Tür

Möglich sind auch getrennte Sitzungen

3. Offene Fragen stellen

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

&

„Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen?“

Beginn

- Genau zuhören
- Sich in jeden einfühlen.
- Sich innerlich berühren lassen.
- Garantieren, dass jede Stimme gehört wird.

Aufrichtiges Interesse

„Mitglieder des therapeutischen Teams reagieren **aus ihrem gesamten körperlichen Sein heraus** und sind **aufrichtig daran interessiert**, was jede einzelne Person im Raum zu sagen hat.“

„In diesem Moment ist es die Aufgabe des Hörenden, die **Worte des Sprechers ganz zu akzeptieren**, ohne auch nur irgendein Wort der Interpretation oder einer alternativen Perspektive anzubieten.“

(Seikkula 2008, S. 481)

Dialogisch sein

- „Dialogisch zu Arbeiten bedeutet insbesondere, **dass sich die jeweilige Person gehört fühlt**, was den Anfang jedweder Veränderung darstellt.

(Olson u.a. 2014, S. 5)

4. Eine Antwort geben auf die Äußerungen der Klienten

Mit den Worten der Klienten

- **Fragen stellen**, die das zuvor gesagt **mit diesen Worten** aufnehmen.
- „**Wiederhole sogar Wort für Wort** und lass dann eine **kurze Pause**, so dass der Sprecher sagen kann, ob Deine Äußerung das war, was er sagen wollte.“
- „Der **Sprecher** kann so seine eigenen Worte erneut hören und überlegen, **ob es wirklich das war, was er sagen wollte und nachdenken**, was es bedeutet seine Worte zu hören.“

(Seikkula 2008, S. 481)

Die eigene Stimme und Antwort finden

„Wenn dieser Prozess den Netzwerkteilnehmern ermöglicht, ihre **jeweilige eigene Stimme** zu finden, **werden sie auch zu jemandem, der sich selbst antwortet.**“

5. Vielfältige Sichtweisen deutlich werden lassen

Respekt und Annahme der Andersartigkeit

„Sie vermeiden dabei jede Anmutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte.“

Jeder hat einen guten Grund so zu sein und es jetzt so zu sehen.

Polyphonie

- Vielschichtigkeit erwarten.
- Vielfältige Standpunkte erfragen.
- **Vielstimmigkeit ist unvermeidlich** innerhalb des sozialen Netzwerks und auch innerhalb des Teams, transparent für das Netzwerk.
- Polarisierung erwarten und zulassen.
- **Allparteilichkeit** des Teams

Polyphonie

Mikhail Bakhtin

1895-1975

„Weil immer unterschiedliche Standpunkte existieren, ist eine „Polyphonie“ und diskursive Interaktion vieler, auch nicht vereinbarere „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.“

Robinson (2013)

Jenseits von „gesund“ und „krank“

- „Der gleichwertige, ‚kollaborative Austausch‘ aller birgt die Möglichkeit, dass ein **neues gemeinsam geteiltes Verstehen in Vielstimmigkeit** entsteht, bei dem jeder einen bedeutsamen Teil beigetragen hat.
- Eine Rangordnung gibt es dabei nicht und die **Unterscheidung zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ wird unwichtig.“**

Olsen Seikkula et al 2014

Innere Polyphonie der Netzwerkteilnehmern

- Dazu einladen auch unterschiedliche eigene Sichtweisen, **innere, auch widersprüchliche Stimmen**, die gleichzeitig bestehen, auszusprechen.

Sichtbar durch **innere Bewegtheit**, mimische Veränderungen, Körperbewegungen.

Innere Polyphonie der Therapeuten

- Die **eigene Unsicherheit** und die **Mehrdeutigkeit** des Erlebten ausgehalten.
- *In der Schwebel halten ...*
- So können **nach und nach miteinander** Worte für diese Erfahrungen gefunden werden.

„Metakommunikation“ der Moderatoren im Gespräch

- Ein Reflektieren über die **eigene** Gesprächsführung
- Ein kurzer Austausch mit dem 2. Moderator vor den anwesenden Gesprächsteilnehmern.
- Möglichst unterschiedliche Sichtweisen und Ideen
- Die Antwort über das weitere Vorgehen sollte danach möglichst gemeinsam mit den anderen Gesprächsteilnehmern gefunden werden.

- 6. Betonung der Worte und Erzählungen der Klienten, nicht der Symptome**
- 7. Auf den Austausch über Probleme und Verhalten wie auf Tatsachen reagieren und auf Bedeutungen achten.**

Betonung der Erzählungen/Erfahrungen statt der Symptome

- **Sicherheit** geben, damit über alle Themen gesprochen werden kann, auch über die schwierigen und damit bisher **„Noch-nicht-Gesagtes“** ausgesprochen werden kann.
- Schwerwiegende Symptome werden als Verkörperung unaussprechlicher Dilemmata aufgefaßt, die oft auf **unerträgliche oder traumatische Ereignisse** zurückgehen.

Das bisher noch nie Gesagte

- **Menschen in psychotischem Erleben** sprechen oft **über reale Vorkommnisse ihres Lebens**, die z.T. bedrohlich, bisher unausgesprochen und unverarbeitet sind.
- Was ist im Leben **vor der Krise** passiert?
- Die **Geschichte und der Kontext, in dem die ersten Symptome entstanden sind**, sind von besonderer Bedeutung.
- Das Mitteilen schwieriger Probleme kann bedrohlich sein, wenn frühere Versuche zu schmerzhaften Fehlschlägen geführt haben.

Traumatisierung bei Menschen mit Psychosen-Diagnosen

Metaanalyse zu 2017 Patienten

Art der Traumatisierung von 16. LJ	Anteil den Patienten in Gesamtgruppe
Sexueller Missbrauch	26 % insgesamt, bei Frauen mehr 41 % bei zusätzl. Substanzmissbrauch
Inzest	vermutlich 5-10%
Physischer Misshandlung	39 % insgesamt - keine Geschlechtsunterschiede ca. 70% bei zusätzl. Substanzmissbrauch

Negative Erfahrungen vor dem 16. Lebensjahr

Table 2. Results of the separate meta-analyses focusing on specific adverse experiences

	<i>k</i>	OR (95% CI), <i>p</i> value	<i>Q</i> test
Sexual abuse	20	2.38 (1.98–2.87), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 34.5, <i>p</i> < .05
Physical abuse	13	2.95 (2.25–3.88), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 47.8, <i>p</i> < .001
Emotional abuse	6	3.40 (2.06–5.62), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 23.1, <i>p</i> < .001
Bullying	6	2.39 (1.83–3.11), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 19.1, <i>p</i> < .01
Parental death	8	1.70 (0.82–3.53), <i>p</i> = .154	<i>Q</i> = 35.4, <i>p</i> < .001
Neglect	7	2.90 (1.71–4.92), <i>p</i> < .001	<i>Q</i> = 32.9, <i>p</i> < .001

Kumulative, „dosisabhängige“ Auswirkungen auf das Psychose-Risiko
Bis zu 17-fach erhöhtes Risiko. (z.b. Trauelsen et al 2015)

Varese et al 2012

Täter von sexuellem Missbrauch

Table 1. Perpetrator Relationship to Victim of Child Rape ($N = 288$)

Relationship	Percent
Father/Step-Father	15.4
Brother	5.6
Other Relative	22.1
Boyfriend/Friend	22.4
Other Acquaintance ^a	22.0
Stranger	10.1
Refused	2.4

Note. ^aThis category includes co-workers, neighbors, and other non-relatives that the victim knows.

Unverständlichkeit

- **Unverständlichkeit** als bedeutsamer Ausdruck eines erschwerten Zugangs zu Selbstgewissheit und Selbstverständnis
- als Angst vor dem Aussprechen und den damit befürchteten Reaktionen.
- zunächst einen emotionalen Raum zu schaffen, in dem durch innere und äußere Dialoge ein Selbstgefühl entstehen kann.

Stanghellini & Lysaker 2007

Gefühle und Lebensgeschichte

- Auch mit **extremen Gefühlen** wie Wut, Depression, oder Angst, spricht der Klient manchmal Themen an, die bisher noch nicht ausgesprochen wurden.
- **Je intensiver die ausgedrückten Gefühle, umso besser oft der Verlauf.**

Menschen in psychotischem Erleben

- Vollständige Akzeptanz des Ausgesprochenen.
- Psychotische Erfahrungen wie Tatsachen betrachten.
- Worte und Formulierungen des Betroffenen benutzen
- Normalisierende Sprache.
- **Keine** Interpretation oder alternative Sichtweise anbieten.
- Rekonstruktion vieler Details und schwieriger Gefühle.
- Geduld und Unsicherheitstoleranz nicht verlieren

Betonung der Erzählungen/Erfahrungen

- Einzelne **Schlüsselworte** der Klienten können der Zugang dazu sein.
- Auch einzelne **hinweisende, nicht ganz verständliche Worte** (Neologismen) in den spontanen Erzählungen können der Zugang zu diesen unausgesprochenen Erfahrungen sein.
- Diese Worte und Formulierungen sollten aufgegriffen und mit der **Einladung** verbunden werden, **mehr dazu zu sagen**.

In kommunikativen Fluss/Dialog kommen

- Sehr oft gelingt ein zunehmend verständliches Gespräch innerhalb von 20-30 Minuten.
- Werden **wir Professionellen als vertrauenswürdige Gesprächspartner** erlebt, wird oft eine für uns verständliche(re) Sprache möglich.

Worte finden für Erfahrungen

- So können **neue Worte und eine gemeinsame Sprache** für Erfahrungen gefunden werden, für die es bisher keine Worte oder Sprache gab.

Heilsame Dialoge

- „Wenn die neue Sprache das Original erfasst, die unausgesprochene, beunruhigende Geschichte und der Kontext in dem die Symptome zuerst aufgetaucht sind, dann **beginnt der Dialog Symptome zu kompensieren**. Die mit ihnen verbundenen Gefühle werden beherrschbar.“

Seikkula & Trimble 2005

Erfahrungsexperten und Dialog

- **Erfahrungsexperten** haben besondere Fähigkeit.
- Sie können etwas, das wir anderen Professionellen nicht können.
- Übersetzer für Menschen in Krisen zu sein.
- Hoffnungsträger v.a. auch für Angehörige.

8. Im Dialog den Fokus legen auf Beziehungsaspekte

Wir verstehen Schwierigkeiten und Herausforderungen als eingebettet in Beziehungen.

Wir sind an den unterschiedlichen Beziehungen interessiert und fragen danach.

- zum angesprochenen Problem
- untereinander

9. Betonung des gegenwärtigen Augenblicks

Der gegenwärtige Augenblick

- Respektvolles reagieren auf **Mimik, Gesten, Gefühle** einzelner Teilnehmer
- Intensive Gefühle können entstehen.
- Gefühle können durch Sprache besser verstanden werden und im Dialog aufgegriffen werden.
- Was bedeutet diese Vergangenheit für die Gegenwart?
- **Als Professioneller auch eigene Gefühle aussprechen.**

Begegnungsmomente

„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.“

Daniel Stern

Begegnungsmomente

„Beide sind verändert und sie sind auf eine neue Weise miteinander verbunden, weil sie einander verändert haben.“

Daniel Stern

Begegnungsmomente

„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.“

Daniel Stern

Schweigen

- Momente des Schweigens für innere Dialoge sind wertvoll.

Schweigen

- Das waren nur 10 Sekunden.

10. Reflektionen unter den Professionellen im Verlauf

“Reflektieren” (Tom Andersen)

Die Augen sind nicht auf die Gesprächsteilnehmer gerichtet

- **Wertschätzung** von allen Anwesenden
- Was habe ich für mich Wichtiges gehört?
- Was hat **mich berührt**?
- Welche Fragen sind mir gekommen?
- Einzelne subjektive Ideen.
- Auch **eigene Gefühle** einbringen.

Mitglieder des Netzwerkes können dann antworten.

11. Transparent sein

Prinzip der Transparenz

„**Transparenz** durch offene Diskussion des Problemverständnisses, der Behandlung und anstehender Entscheidungen mit dem Netzwerk, auch bei unterschiedlichen Positionen im Team.“

Prozessorientierung und Transparenz

- Schritte und Lösungen sollen im Netzwerk entstehen.
- Möglichst normal (soziale Inklusion)
- Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings und der Behandlungsschritte.

12. Aushalten von Unsicherheit

Die eigene Unsicherheit aushalten

- Keine vorschnellen Erklärungen, Schlussfolgerungen, Lösungen
- Bereitschaft den eigenen Standpunkt zu bezweifeln und zu verändern.

- Auch Expertenwissen ist subjektiv.
- Das Expertenwissen der Polyphonie hinzufügen.
- Auch Expertenwissen sollte polyphon sein.

Konkrete Schritte

- Konkrete Schritte verabreden in Krisen sehr kurzfristig.
- **(Wann) sollen wir uns wieder treffen?**
- **Sollte jemand zusätzlich eingeladen werden?**

Eine fürsorgliche einfühlsame Gemeinschaft

„Das Drama des Prozesses liegt nicht in einer brillanten Intervention durch die Profi, aber in dem emotionalen Austausch zwischen den Netzwerkmitgliedern einschließlich der Profis, die zusammen eine fürsorgliche einfühlsame Gemeinschaft herstellen oder wieder herstellen.“

Seikkula & Trimble 2005

Von der Methode zu grundlegenden Werten

"Wir verschieben den Fokus in einem Netzwerk von einer Intervention hin zur Erzeugung von Dialogen und machen damit auch einen Schritt von der Anwendung einer bestimmten therapeutischen Methode zu **mehr grundlegenden menschlichen Werten.**"

Seikkula & Trimble 2005

Zentrale Komponenten (Seikkula)

- In Krisen sofort
- Netzwerke einbeziehen
- Dialogische Netzwerkgespräche
- Keine oder geringe Medikation

- Individuelle Psychotherapie
- Weitere individuell bedürfnisangepasste Hilfen

Wirkungen des Offenen Dialogs

- Reduktion von **Rückfällen**
- Verbesserung der **Symptomatik**
- Verbesserung des **psychosozialen Kompetenz** („Funktionsniveaus“)
- **Integration 1. Arbeitsmarkt b. 75%** der Menschen mit Psychosen
- **Nur 11-28 % länger Neuroleptika über 2 bzw. 5 J** (36 % Neuroleptika nach 20 J)
- Reduktion von **Hospitalisierung**
- Abbau von **Betten**: 50% über 10 Jahre „*National Schizophrenia Project*“ (Finnland)
- Anzahl der **Netzwerktreffen**: \emptyset in 2 J = **21** - in 5 J = **25** - „Anfängerteams“ **35**
- **RCT in Großbritannien** durch den NHs hat begonnen: 640 Patienten

Situation in Deutschland

- Viele Teams und Projekte bundesweit „*up and down and up again*“
Massgeblich abhängig von Finanzierung, Teamleitungen, Organisationsleitungen
- Finanzierungsrahmen:
 - **Integrierte Versorgung** (wird abgebaut)
 - Träger mit **SGB XII** Finanzierung
 - Kliniken mit **regionalem Budget**
 - Kliniken mit Regelversorgung
 - Kliniken mit **StäB**
 - Modellregionen im Rahmen des neuen **BTHG**
 - **Unabhängige** – Spenden und andere Zuwendungen

Nehmen Sie sich noch etwas Zeit für diese Fragen Denken sie still einige Minuten darüber nach ...

- Waren Sie oder ein wichtiger Mensch Ihres Lebens schon mal in einer seelischen Krise?
- Was hätten Sie sich in dieser Zeit gewünscht?
- Wenn Sie an die Menschen denken die Ihnen in dieser Situation am nächsten waren, welche gesagten und ungesagten Worte wären Ihnen heute (noch) wichtig?
- Was hat Sie besonders berührt während Sie gerade an diese Zeit gedacht haben?

**Vielen Dank
für die
Aufmerksamkeit**