

Skandinavische Behandlungsmodelle

Warum

„Bedürfnisangepasste
Behandlung“

so erfolgreich ist.

Volkmar Aderhold

Institut für Sozialpsychiatrie an der Universität
Greifswald

Stellen Sie sich vor

- Modell des bedürfnisangepaßten Behandlung
 - historische Entwicklung
 - Strukturen
 - Prinzipien
 - Evaluation
- Methode des „offenen Dialogs“
- Implementierung
- Finanzierung
- Essenz

Das bedürfnisangepaßte Behandlungsmodell

Yrjö Alanen

Klaus Lehtinen

Ville Lehtinen

Yukka Aaltonen

Ville Rökkölinen

Historische Entwicklung

- 1965 Einzeltherapie
- 1976 Einzeltherapie
Therapeutische Gemeinschaft im Krankenhaus
- 1983 Therapieversammlung initial und bei Bedarf
Familientherapie: Mailand/Heidelberg - kurz
Einzeltherapie bei Bedarf
- 1992 selektive Neuroleptikatherapie (API-Studie)
- 1994 Therapieversammlung als zentrale Intervention
Offener Dialog als Methode
- 1998 direkte Integration in Arbeit und Ausbildung

Strukturelemente NAT

- Psychoseteams oder fallspezifische Teams
- Flexibilität von Ort und Zeit (hometreatment)
- Familien-/Netzwerkstreffen = Therapieversammlung
von Anfang an und so oft wie nötig
- Beziehungskontinuität bis 5 J
- Krisenintervention bei Bedarf
- Individualtherapie bei Bedarf (50%)
- Krisenwohnung (Parachute Project)
- Nachuntersuchung nach 5 Jahren

Evaluation

Historische Kohortenstudie an Ersterkrankten

- Kohorte III: - Einzeltherapie
 - psychotherapeutische Gemeinschaften
- Kohorte IV: - „Need adapted Treatment“
 - Therapieversammlungen
 - etablierte Familientherapie (z.T. zu kurz)
- Evaluationsergebnisse nach 5 Jahren:

Kohorte No	Jahr des Aufnahme	Größe der Gruppe	ohne psychot. Symptome	voll arbeitsfähig	ohne Rente	Krankenhaus-tage je Pat. über 5 J
III	1976-77 19 Monate	56 Pat	38 %	30 %	49 %	272 Tg
IV	1983-84 12 Monate	30 Pat	61 %	57 %	82 %	132 Tg

Offener Dialog

Tom Andersen

Jaakko Seikkula

Birgitta Alakare

Offener Dialog

Wurzeln:

Struktur : Fokus Familie + soziales Netzwerk

Methodik: Tom Andersen & Jaakko Seikkula

„Reflecting Team“ - „Offener Dialog“

Regionen:

Norwegen – Finnland – Schweden – Dänemark -

Litauen – (Deutschland)

Tagungen:

Seit 12 Jahren jährlich wechselnd

Netzwerktreffen

- Sofort (innerhalb 24h) – ein Anruf genügt
Zuerst Angerufener ist dafür verantwortlich.
- „Alle, die das Problem definieren“, sollten in den Behandlungsprozess von Anfang an einbezogen sein.
Weitere kommen bei Bedarf später hinzu.
- Psychose als Reaktion auf ungelöste Lebensprobleme
- Das persönliche Netzwerk des Klienten wird als vorrangige Ressource gesehen.

Flexibilität Kontinuität

- Behandlungsteam aus Mitarbeitern von Station und Ambulanz
- Treffen so oft wie erforderlich
- Gemeinsame Entscheidung über den Gesprächsort: zu Hause – Klinik – Arbeitsplatz - Schule
- Bei erneuter Krise (möglichst) dasselbe Kernteam

Leitfragen

1. Was ist passiert ?
2. Was ist das Problem ?
3. Wer sollte zusätzlich eingeladen werden?
4. Was ist zu tun ?

Offene Fragen stellen.

Garantieren, dass jede Stimme gehört wird.

Dialog

- Größtmögliche Gleichwertigkeit aller Beteiligten
- Die Sprache des Netzwerkes verwenden.
- Beobachtungen statt Erklärungen.
- Betonung des Dialogs und **nicht** das Fördern von Veränderungen im Patienten und in seiner Familie
- Vielstimmigkeit

Psychose im Dialog

- Erfahrungen, die bisher unausgesprochen waren, sollen zur Sprache kommen können
- Der Patient bringt oft etwas „Noch-nicht-Gesagtes“ ein.
- Psychotische Erfahrungen werden offen diskutiert.
- Stimmen als Teil des Dialogs

Aushalten von Unsicherheit

- Entwicklung eines ausreichend sicheren Prozesses
- Vermeidung verfrühter Entscheidungen und Schlussfolgerungen
- Aushalten von Unsicherheit
- (Lernen) Antworten offen (zu) lassen

Gemeinsame Verantwortung

- Themen des Gesprächs werden nicht vorab geplant.
- Gemeinsame Strukturierung des Behandlungssettings
- Entscheidung über Neuroleptika nur im Netzwerktreffen nach mindestens 2 Sitzungen
evtl. Benzodiazepine akut

Transparenz

- **Kontroversen** im Team über Probleme und Entscheidungen in der Behandlung werden in der Anwesenheit aller offen diskutiert und entschieden.
- **Refektierende Teams:** Sprechen der Professionellen aus der reflektierenden Position: offene Diskussion ihrer Beobachtungen im Beisein des Netzwerkes

Prozessorientierung

- Verlangsamung
- Vertrauen in den Prozess
- Ko-Evolution von Professionellen und Netzwerk
- Veränderung des eigenen Handelns statt Veränderung der anderen
- Zuhören statt Beraten
- Vermeiden dauerhafter Schlußfolgerungen oder Einschätzungen
- Anerkennung eigener Grenzen und Ängste
Kollegiale Verständigung darüber, evtl. in Reflektion

- Die professionellen Helfer bitten den Klienten und „Laien“ um Unterstützung, wenn es darum geht, ihre Sorgen zu verringern.
- Die professionellen Helfer variieren ihre eigenen Aktivitäten, anstatt zu versuchen, andere Teilnehmer – mit welchem Ziel auch immer – zu verändern.

NATM Evaluation 5 J Ergebnisse I

	API N=34	OD N=46	
Erste psychotische Episode	4/92 -12/93 alle FE in Region	1/94 -12/97 alle FE in Region	
DUP	4.2 Mon	3.3 Mon	s.
Therapieabbruch	18 %	5 %	s.
Hospitalisierung	42 Tage	17 Tage	s.
Rückfälle: 1 u. mehr	39 %	29 %	ns
Neuroleptika	n. 5 J: 24 % insges. 39 %	nach 5 J: 17 % insgesamt: 29 % Schizophrenie+sczform 60% 65 % ohne NL Schizophrenie: 43% kontinuierlich NL	ns

NATM Evaluation 5 J Ergebnisse II

	API N=34	OD N=46	
Keine psychotischen Restsymptome	76 %	82 %	ns
In Arbeit o. Studium	70 %	76 %	ns
arbeitslos	12 %	13 %	ns
Disability allowance	27 %	14 %	ns
Individualtherapie	42 %	46 %	ns
Therapieversammlungen	37 mal	24 mal	ns

Evaluation

- insgesamt geringere psychotische **Symptome**
- mehr vollständige **Remissionen**
- **Symptomfreiheit** beim überwiegenden Teil (bis zu 80% n 5J)
- **Verkürzung** und **Verringerung stationärer** Behandlungen
- seltenere **Therapieabbrüche** (15% - 5% über 5 Jahre)
- bessere psychosoziale Funktionsfähigkeit
- ein höherer Anteil in voller **Erwerbsfähigkeit**
- **Neuroleptikafreiheit** bei 40 bis 60 % der Patienten
- erheblich reduzierte Dosierungen
- 60% der Behandlungen nach 2 Jahren abgeschlossen.

Weitere Effekte

- fast keine „neuen Chroniker“
- Inzidenz für Schizophrenie
von 3.5 auf 0,7 /100.000 gesenkt.
Systemeffekt ?

Was wirkt?

- Kooperation mit der Familie und Netzwerk von Anfang an
- Aufrechterhaltung natürlicher sozialer Kontexte
- ambulant vor stationär
- Nutzung natürlicher Ressourcen: Familie + Netzwerke
- Natürliche Problemlösungen im Lebensfeld
- Verstehen des Psychose in Offenheit
- Phänomenologisches Psychosenverständnis
- Beziehungskontinuität
- Neuroleptika selektiv und möglichst wenig

- Verbindung von Sozialpsychiatrie und Psychotherapie
- Methodenintegration der Psychotherapien
- Psychotherapeutische Kompetenz aller Berufsgruppen
- „Education, Education, Education“
- Respekt - Gleichwertigkeit – Prozessorientierung
- Systemische Methodik: Verlust der Wahrheit -
Dialog – Kollaboration - Transparenz

Implementierung

1. Multiprofessionelle Qualifizierung
2. „Therapieversammlungen“ von Anfang an
3. Fallspezifische Teams - settingübergreifend
4. Hometreatment in Krisen

Implementierungsprobleme

- Institution als Abwehr
- Chronifizierung von Institutionen
- Ambivalenzen der beruflichen Identität z.B. in der Pflege
- Segmentierung der Behandlungsstrukturen
- Weitgehend biologische Krankheitsmodelle
- Qualifikationsdefizite

Finanzierung Psychoseteams

- integrierte Versorgung
- „Akuttagesklinik“ (A1) auch extramural
- Zulage bei Interventionen außerhalb der Klinik
- Novellierung der PsychPV
- regionales Budget
- ???

Essenz

Psychiatrische Versorgung ist oft an der Chronifizierung von Patienten beteiligt.

Strukturelle Veränderungen ohne ausgeprägte Psychotherapeutische Kompetenz verbessern nicht den symptomatischen und psychosozialen Outcome.

Erst die optimale Behandlung von kürzer Erkrankten mit psychotherapeutischer Kompetenz kann diese Problematik entscheidend verbessern.

Essenz

Kerninterventionen

Arbeit mit Familien und sozialen Netzwerke
in der unmittelbaren Lebenswelt
eigene Ziele, Stärken und Ressourcen.

Mindestens eine dauerhafte tragfähige therapeutische
Beziehung, die hoffnungsvoll begleitet.

Einzeltherapie bei individueller Indikation

Beziehungskontinuität möglichst über 5 Jahre

Vielen Dank fürs
Zuhören

v.aderhold@gmx.de