Der Offene Dialog in der Behandlung von Patient_innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Karsten Giertz · Volkmar Aderhold

Online publiziert: 14. Oktober 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung Im Beitrag stellen die Autoren das Konzept der bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialoges vor. Hierbei handelt es sich um innovative therapeutische Behandlungskonzepte, die ab den 1980er Jahren in Finnland zunächst für Menschen mit psychotischem Erleben entwickelt wurden und später auch in mehreren nordeuropäischen Ländern in vielen Regionen des öffentlichen psychiatrischen Regelversorgungssystems eingeführt wurden. Mittlerweile wird dieser Ansatz auch bei weiteren Gruppen von Patient_innen erfolgreich angewendet und hat sich weiter regional weltweit verbreitet.

Bei Erstbehandlungen und Krisen steht die Frühintervention durch Netzwerkgespräche im Vordergrund. Dabei fokussieren die Netzwerkgespräche auf die Förderung von Dialogen indem jede(r) gehört wird, damit neue psychologische Bedeutungen von Symptomen und eine gemeinsame Erfahrung dieses Prozesses entstehen können. Die Netzwerkmitglieder helfen, damit ein vielstimmiges Bild der Vorgeschichte und wichtiger Ereignisse entsteht und verständigen sich darüber, was zu tun ist, um so die Handlungsfähigkeit der Betroffenen in ihrem eigenen Leben zu fördern. So kann ein individuell angepasster Behandlungsprozess entstehen, bei dem die jeweiligen Akteur_innen im Rahmen von Netzwerkgesprächen miteinander in Verbindung gebracht werden, so dass sich die verschiedenen

für sinnvoll erachteten Ansätze gegenseitig ergänzen und eine Konkurrenz vermieden wird.

Obwohl sich die Mehrzahl der existierenden naturalistischen Evaluationsstudien auf die Behandlung von Menschen mit erster psychotischer Episode beziehen, werden die Prinzipien dieses Ansatzes seit vielen Jahren bei allen Krisensituationen und bei Bedarf darüber hinaus angewendet und sind daher nicht als diagnosespezifisch anzusehen. Wesentliche evidenzbasierte Elemente multiprofessioneller psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung werden somit ergänzt durch eine systemisch dialogische Praxis. In diesem Beitrag vertiefen die Autoren die Methodik des Offenen Dialoges im Kontext der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von Borderline-Patient_innen.

Schlüsselwörter Borderline-Persönlichkeitsstörung · Offener Dialog · Bedürfnisangepasste Behandlung · Psychosoziale Versorgung

The open dialogue in the treatment of patients with borderline personality disorder

Summary In the article, the authors present the concept of need adapted treatment and open dialogue. These are innovative therapeutic treatment concepts that were initially developed in Finland for people with a psychotic experience from the 1980s onwards and were later also introduced in many regions of the public psychiatric standard care system in several northern European countries. In the meantime, this approach has also been successfully applied to other groups of patients and has spread further regionally worldwide.

In the case of initial treatment and crises, early intervention through network meetings is in the foreground. The network talks focus on promoting dia-

K. Giertz (✉)
 Landesverband Sozialpsychiatrie
 Mecklenburg-Vorpommern e. V., Carl-Hopp-Straße
 19a, 18069 Rostock, Deutschland
karstengiertz@o2online.de

V. Aderhold
 Institut Sozialpsychiatrie, Bereich Psychiatrie
 und Psychotherapie der Universität Greifswald,
 Ellernholzstraße 1–2, 17489 Greifswald, Deutschland

logues by hearing everyone so that new psychological meanings of symptoms and a shared experience of this process can arise. The network members help to create a polyphonic picture of the past and important events and agree on what needs to be done to promote the ability of those affected to act in their own lives. In this way, an individually adapted treatment process can be created, in which the respective actors are brought together in the context of network meetings, so that the various approaches considered usefully complement each other and competition can be avoided.

The majority of existing naturalistic evaluation studies relate to the treatment of people with a first psychotic episode. The principles of this approach have been used for many years in all crisis situations and beyond if necessary and are therefore not to be regarded as diagnosis-specific. Essential evidence-based elements of multi-professional psychotherapeutic and psychiatric treatment are thus supplemented by a systemic dialogical practice. In this article, the authors deepen the methodology of open dialogue in the context of the psychotherapeutic and psychiatric treatment of borderline patients.

Keywords Borderline Personality Disorder · Open Dialogue · Need Adapted Treatment · Community based Treatment

Einleitung

In den letzten Jahren haben sich in zahlreichen angloamerikanischen und europäischen Ländern innovative und evidenzbasierte gemeindepsychiatrische Versorgungsmodelle entwickelt, zu deren wichtigsten Merkmalen ein niedrigschwelliger Zugang sowie eine sektorenübergreifende, flexible und personenzentrierte Ausrichtung der psychosozialen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen und Unterstützungsleistungen gehören (z. B. Assertive Community Treatment, Home Treatment, Crisis Resolution Teams). Mit der flächendeckenden Einführung dieser Modelle hat sich insbesondere die Versorgungssituation von Menschen mit schweren psychischen Störungen und komplexen Hilfebedarfen erheblich verbessert. Zudem orientieren sich alle Modelle an einer menschenrechtsorientierten Ausrichtung der Psychiatrie, an der UN-BRK sowie an normativen sozialpsychiatrischen Grundlagen wie Lebensweltorientierung, Empowerment und Recovery (vgl. Schöny (Hrsg.) 2018).

Zu einem weiteren gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell, das durch seinen innovativen Charakter und aufgrund seiner Effizienz international Anerkennung gefunden hat, gehört die bedürfnisangepasste Behandlung (Need Adapted Treatment). Die bedürfnisangepasste Behandlung wurde in den 1980er Jahren von dem finnischen Psychiater und psychodynamisch orientierten Familientherapeuten

Alanen (1997) bei Patient_innen mit psychotischer Erstsymptomatik im psychiatrischen Universitätsklinikum in Turku entwickelt und wegen seiner nachgewiesenen Wirksamkeit bei verschiedenen Störungsgruppen in Finnland und anderen nordeuropäischen Ländern in vielen Regionen als öffentliches psychiatrisches Regelversorgungssystem eingeführt.

Ausgehend von dieser Tradition entwickelten die finnischen Psychologen Seikkula und Aaltonen sowie die Psychiaterin Alakare in den frühen 1990er Jahren in Westlappland das Modell des Offenen Dialoges, um die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung für alle Patient_innen innerhalb ihres eigenen sozialen Umfeldes zu organisieren (vgl. Seikkula 2003; Seikkula und Alakare 2015). Seit 2006 verbreitete sich auch in Deutschland die Praxis des Offenen Dialoges vorzugsweise durch 16-tägige Grundausbildungen von Teams in psychiatrischen Organisationen (Aderhold und Borst 2016). Die konkrete Umsetzung (ca. 35 Organisationen bis heute) blieb jedoch – vor allem in Abhängigkeit von den unterschiedlichen Finanzierungssystemen und dem Grad der Unterstützung durch die Leitungsebenen – oft noch unvollständig (Aderhold 2016). 2016 begann ein ähnlicher Prozess in der deutschsprachigen Schweiz.

Ursprünglich wurde der Offene Dialog für Patient_innen mit einer schizophrenen oder psychoseähnlichen Störung entwickelt. Mittlerweile wird die Methode auch bei anderen Zielgruppen erfolgreich angewendet. So bspw. bei Patient_innen mit Traumafolgestörungen (Seikkula und Arnkil 2007) oder affektiven Störungen (Seikkula et al. 2013). Der folgende Beitrag widmet sich der Anwendung des Offenen Dialoges im Kontext der Behandlung von Betroffenen, die unter der Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden. Zu Beginn des Artikels werden die wichtigsten Grundlagen der bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialoges beschrieben. Danach zeigen die Autoren spezifische Umsetzungsstrategien bei Patient_innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf.

Grundlagen der bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialoges

Die bedürfnisangepasste Behandlung

Anfang der 1970er Jahren entwickelte die Arbeitsgruppe um Alanen die bedürfnisangepasste Behandlung im Kontext der Erstbehandlung von Patient_innen mit psychotischen Krisen. Das wichtigste Merkmal dieses Behandlungsansatzes waren „Therapieversammlungen“ bzw. Netzwerkgespräche, die bei erstmaligem Auftreten einer psychischen Krise gleich zu Beginn mit dem Patienten, seinen Familienangehörigen und anderen wichtigen Personen seines Netzwerks durchgeführt und über den gesamten Behandlungsprozess je nach Bedarf fortgesetzt wurden (Alanen 1997). Die Therapieversammlungen waren strukturell in wei-

tere Behandlungsmöglichkeiten eingebettet, die bedarfsorientiert flexibel in Anspruch genommen werden konnten (Aderhold et al. (Hrsg.) 2003; Aderhold und Greve 2010)

- Multiprofessionelle ambulante mobile Teams
- Krisendienst über 24 h
- Akutstation im Krankenhaus
- Eventuell eine Krisenwohnung (erstmalig im Parachute-Projekt in Schweden ab 1996)
- Individualpsychotherapie
- Kunsttherapie, Musiktherapie, Ergotherapie
- Unterstütztes Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (später hinzugekommen)

Dabei wird in Anlehnung an Ciompi (1982) von einem integrativen biopsychosozialen Krankheitsmodell ausgegangen, das psychische Krisen stets im Zusammenhang mit belastenden Lebenssituationen konzeptualisiert. Auch die Borderline-Persönlichkeitsstörung kann nach diesem generischen Modell als eine Störung aufgefasst werden, deren Ätiologie weitestgehend auf eine Wechselwirkung zwischen angeborenen und erworbenen Beeinträchtigungen, späteren psychosozialen Belastungen (z. B. durch traumatische Erfahrungen, familiäre Konflikte) sowie mangelnden kompensatorischen Ressourcen zurück geführt wird (siehe Schore 1997).

Im Zuge jahrelanger praktischer Erfahrungen wurden Grundprinzipien der bedürfnisangepassten Behandlung formuliert. Hierzu zählen (Alanen 1997, S. 196 ff.; Aderhold et al. (Hrsg.) 2003, S. 68 f.):

1. Die therapeutischen Aktivitäten werden in jedem Fall individuell geplant und flexibel ausgeführt, so dass sie den wirklichen, veränderlichen Bedürfnissen der Patient_innen ebenso entsprechen wie den Menschen, die ihr persönliches soziales Netzwerk (meist ihre Familie) bilden.
2. Die Patient_innen sollen in Situationen, die ihre Behandlung betreffen, anwesend sein. Sie gelten als Expert_innen ihrer eigenen Lebenssituation. Wenn die Patient_innen beteiligt werden, so ist dies hilfreich, die Realitätskontrolle zurückzugewinnen. Es ist Aufgabe der Mitarbeiter_innen, die Gespräche so zu moderieren, dass dies möglich wird.
3. Es werden regelmäßig gemeinsame Treffen von Mitarbeiter_innen mit Patient_innen, Familienangehörigen und/oder anderen wichtigen Personen aus dem Netzwerk ihrer Beziehungen durchgeführt. Dies beginnt mit einem intensiven anfänglichen Assessment, wenn die Patient_innen in die Behandlung kommen. Wiederholte, gemeinsame Erfahrungen von Patient_innen und allen Beteiligten, Beobachtungen und Hypothesen in Therapieversammlungen und anderen Situationen führen zu einem gemeinsamen Verstehensprozess im therapeutischen System.
4. Verschiedene therapeutische Zugänge sollten sich gegenseitig ergänzen anstelle eines „Entweder/

Oder“-Vorgehens. Therapeutische Aktivitäten (wie verschiedene Therapieformen, psychopharmakologische Behandlung und rehabilitative Maßnahmen) sollen in einem übergreifenden Behandlungsplan integriert werden. Als Voraussetzung für eine integrierte Behandlung ist die notwendige Kooperation mit Personen und Einrichtungen herzustellen.

5. Untersuchung und Behandlung sind durch eine psychotherapeutische Haltung bestimmt. Dies bezieht sich auf den Versuch zu verstehen, was passiert ist, was weiterhin mit den Patient_innen und den Personen im sozialen Netzwerk geschieht und wie dieses Verstehen als Basis für die Unterstützung genutzt werden kann. Eine Haltung dieser Art bezieht auch ganz wesentlich die Beobachtung der eigenen emotionalen Reaktion ein.
6. Die Behandlung soll die Qualität eines kontinuierlichen Prozesses erreichen und aufrechterhalten. Dies bedeutet, dass Sitzungsritualen bzw. schematische Abfolgen zu vermeiden sind.
7. Eine Nachuntersuchung der Wirksamkeit der Behandlungsmethoden im Einzelfall ist wichtig, auch hinsichtlich der Auswirkung und der Weiterentwicklung des gesamten Behandlungssystems.

Wie Alanen (1997, S. 214 ff.) betont, haben die Therapieversammlungen sowohl eine informative, diagnostische als auch eine therapeutische Funktion. So werden alle wichtigen Netzwerkmitglieder auf den gleichen Informationsstand gebracht, wodurch abgestimmte und verbindliche Behandlungsvereinbarungen im Sinne der Patient_innen getroffen werden können. Gleichzeitig führen die Informationen aller Netzwerkmitglieder zu einer komplexen Sichtweise auf die aktuelle Situation. Durch die Anerkennung der Bedürfnisse aller Beteiligten und durch die Anregung produktiver Kommunikationsprozesse können auch Konflikte oder Spannungen zwischen den einzelnen Netzwerkmitgliedern (bspw. Familienangehörigen, Partner_innen) abgebaut werden.

Die Methode des Offenen Dialoges

Inspiziert durch den norwegischen Prof. für Sozialpsychiatrie Andersen (1936–2007) (1987) und beeinflusst durch den russischen Literaturwissenschaftler Bakhtin (1895–1975) (1988) entwickelte Seikkula die bedürfnisangepasste Behandlung durch eine weitere Konkretisierung der Handlungsprinzipien und die Praxis dialogischer systemischer Methoden zum Modell des Offenen Dialoges weiter (Seikkula 2003). Die Methode des Offenen Dialoges ist in erster Linie darauf ausgerichtet, die sozialen Netzwerke der Patient_innen zu fördern, vielstimmige Dialoge zwischen den Netzwerkmitgliedern anzuregen, um komplexe Wissensbestände des sozialen Netzwerkes hinsichtlich der aktuellen Situation der Patient_innen und ihren Familien zu generieren sowie einen möglichst sicheren Rahmen für einen gemeinsamen of-

fenen Prozess herzustellen, der eine optimale und nachhaltige Unterstützung der Patient_innen und deren Familie ermöglicht. Ein Einblick in die praktische Umsetzung des Offenen Dialoges mit Fallbeispielen findet sich in Brown (2012), Brown et al. (2015) sowie in Sekkula und Arnkil (2007).

Therapeutische Prinzipien des Offenen Dialoges

Mittels Aktionsforschung in Bezug auf die Prozessevaluation des Offenen Dialoges wurden in Westlapp-land sieben therapeutische Prinzipien (vgl. Olson et al. 2014) formuliert, welche im Folgenden in Anlehnung an Aderhold (2016, S. 27–28) kommentiert werden.

1. **Sofortige Hilfe:** Die Verfügbarkeit sofortiger Hilfe innerhalb von 24 h im Rahmen eines Netzwerktreffens ist ein essenzieller Bestandteil des Offenen Dialoges. Im Idealfall finden die Netzwerktreffen im unmittelbaren Lebensumfeld der Patient_innen und deren Familien statt. Die Niedrigschwelligkeit und Frühintervention unter Nutzung aller verfügbaren Ressourcen spielt für das therapeutische Gelingen eine entscheidende Rolle und beeinflusst unter anderem die Wirksamkeit des psychotherapeutischen Zugangs, wodurch die Notwendigkeit von Neuroleptika oder stationären Hospitalisierungen sinkt. Im weiteren Behandlungsprozess bleibt ein Krisendienst im Hintergrund bestehen, der bei Bedarf von den Betroffenen hinzugezogen werden kann und die Hospitalisierungsrate weiter verringert. Auch im späteren Verlauf bilden Reaktionsflexibilität und Frühintervention bei Krisen einen essenziellen Bestandteil.
2. **Soziale Netzwerkperspektive:** Von Anfang an werden wichtige Mitglieder des sozialen Netzwerkes der Patient_innen in die Netzwerktreffen einbezogen. Dies geschieht auch dann, wenn die Patient_innen sich in einer akuten Krise befinden. Das persönliche Netzwerk wird mit als wichtigste Ressource der Patient_innen aufgefasst. Im Laufe des Behandlungsprozesses können auch weitere Personen in die Therapieversammlungen eingeladen werden.
3. **Flexibilität und Mobilität:** Da jeder Fall als einmalig angesehen wird, gibt es im Offenen Dialog keine standardisierte Behandlung oder festgelegten Behandlungsprogramme. Alle Therapiemethoden müssen an die Sprache, Lebensweise, die individuellen Möglichkeiten und Interessen der Patient_innen und deren Familien angepasst werden. Die Flexibilität von Ort und Frequenz der Sitzungen gehört ebenfalls dazu. Nach den Netzwerkgesprächen wird daher meist nur die nächste Sitzung vereinbart.
4. **Gemeinsame Verantwortung:** Im gesamten Verlauf nimmt das psychiatrische System Verantwortung für die Organisation des Netzwerkgespräches nach einem Hilferuf. Im Zuge der ersten Sitzungen wird gemeinsam entschieden, wer zu dem längerfristig verantwortlichen Team gehört. Bei komplexen Problemlagen sind es in der Regel Mitarbeiter_innen aus unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen. Alle Teammitglieder kümmern sich um das Einholen der erforderlichen Informationen, um die bestmöglichen Entscheidungen treffen zu können. Darüber hinaus sind sich auch die Professionellen bewusst, dass sie bereits mit dem ersten Netzwerkgespräch Teil des Problemsystems sein können (d. h. auch die Professionellen wissen, dass sie nicht nur Lösungen, sondern auch Probleme erzeugen). Alle Themen der Netzwerkgespräche und Behandlungsmaßnahmen werden im Voraus nicht geplant, sondern in der Sitzung gemeinsam mit allen Beteiligten entschieden bzw. entwickelt.
5. **Psychologische Kontinuität:** Therapieabbrüche oder Wechsel der professionellen Netzwerkmitglieder sollen so weit wie möglich vermieden werden. Weitere wichtige Personen, die im späteren Verlauf aus verschiedenen Unterstützungssettings kommen, können über die Therapieversammlungen in den Gesamtprozess integriert werden.
6. **Toleranz von Unsicherheit:** Um ein vertieftes Verstehen und den dialogischen Prozess zu ermöglichen, sollten die Professionellen auf vorschnelle Festlegungen (z. B. Diagnosen, Krankheitsmodelle oder familiendynamische Erklärungen) und damit auf gewohnte Sicherheiten so weit wie möglich verzichten. Eine wichtige Basis hierfür bildet das Vertrauen in einen gemeinsam noch unbekannten Prozess, der von allen Beteiligten gestaltet wird. Behutsame nur vorübergehende Schlussfolgerungen und gemeinsam getragene Entscheidungen, die als sinnvoll erachtet werden sowie die konsequente Einbeziehung möglichst aller Beteiligten, und somit die Erhöhung statt Minderung der Polyphonie durch Ausschluss von Stimmen stärkt dieses Vertrauen in den gemeinsamen Prozess und erleichtert das Ertragen von Unsicherheit. In Krisen kann dies durch eine Erhöhung der Frequenz der Netzwerktreffen sichergestellt werden. Auch die Transparenz unterschiedlicher Einschätzungen der Netzwerkmitglieder in der Form gemeinsamer Reflektionen sowie das Aufschieben von Entscheidungen zur weiteren Klärung kann das Vertrauen der Beteiligten in den Prozess erhöhen.
7. **Förderung des Dialoges (Polyphonie):** Der Schwerpunkt der therapeutischen Konversation liegt auf der Förderung von Offenen Dialogen und Vielstimmigkeit im sozialen Netzwerk.

Das Netzwerktreffen

Die zentrale therapeutische Arbeitsform des Offenen Dialoges bildet dabei das Netzwerktreffen, womit eine Begegnung aller wichtigen persönlichen und professionellen Bezugspersonen der Patient_innen gemeint ist, die etwas zur aktuellen Situation beitragen können. Das Netzwerktreffen sollte möglichst die erste

professionelle Reaktion auf eine Krise darstellen und im weiteren Behandlungsverlauf immer dann stattfinden, wenn ein Teil der Beteiligten dies für sinnvoll erachtet. Angeleitet und moderiert wird das Treffen von mindestens zwei Mitgliedern eines multiprofessionellen therapeutischen Teams, das anlässlich einer Krise oder eines wichtigen Ereignisses beauftragt wird. Bei komplizierten Problemlagen können auch weitere Teammitglieder – meist nur vorübergehend – hinzugezogen werden.

Zu Beginn kommt jede(r) Anwesende zu Wort. Gelingt es den Professionellen, respektvoll zu sein, jedem aktiv zuzuhören und ausreichende emotionale Sicherheit zu gewährleisten und durch interessierte offene Fragen, das nachfragende Aufgreifen von zuvor gesprochenen Worten und andere systemische Frageformen wie den zirkulären Fragen den Austausch der Netzwerkmitglieder anzuregen, entsteht ein gemeinsamer dialogischer Prozess.

Oft befinden sich die Menschen in anfänglichen Therapieversammlungen in extremen Lebenssituationen mit tiefen emotionalen Erfahrungen. Am Beginn steht oft ein Gefühl der Ohnmacht und Hoffungslosigkeit. Dieses darf jedoch zugelassen werden und kann eine Chance sein, um ein Gemeinschaftsgefühl zu entwickeln. Auch Therapeut_innen können mit intensiven Gefühlen reagieren und bewegen sich in einem Feld jenseits therapeutischer Technik.

Besonders bedeutsam ist dabei jedoch, dass die Mitglieder des therapeutischen Teams aus ihrem gesamten körperlichen Sein heraus reagieren und aufrichtig daran interessiert sind, was jede einzelne Person im Raum zu sagen hat. Sie vermeiden dabei jede Anmutung, dass jemand etwas Falsches gesagt haben könnte. Indem das Team die Alltagssprache der Klient_innen verwendet und aufgreift, erleichtern die Fragen der Teammitglieder das Erzählen der Erfahrungen auf eine Art, in der die alltäglichen Details und die problematischen Emotionen durch die Ereignisse enthalten sind. Indem sie dann die übrigen Netzwerkmitglieder um Kommentare zu dem Gesagten bitten, helfen die Teammitglieder, ein vielstimmiges Bild des Ereignisses entstehen zu lassen. Wenn dieser Prozess den Netzwerkteilnehmer_innen ermöglicht, ihre jeweilige eigene Stimme zu finden, können sie sich selbst Antworten geben. Alle Anwesenden erzeugen dadurch einen gemeinsamen Sprachraum zur Annäherung des Verständnisses der benutzten Worte.

Der Raum für neue Bedeutungen entsteht dabei nicht in jedem Einzelnen, sondern im interaktionellen Raum zwischen den Gesprächsteilnehmer_innen 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 Therapeut_innen einbeziehen.

Wirklichkeit, Wahrheit und Selbst werden als Ergebnis sozialer und kultureller Prozesse aufgefasst. Sprache bildet dabei nicht Wirklichkeit ab, sondern bringt diese hervor. Verschiedene Wahrheiten sind damit unausweichlich. Es kann demnach immer nur eine vorübergehende subjektive oder situativ gemeinsam empfundene Wahrheit entstehen. Sie entsteht durch Bezogenheit, Engagement und Hingabe und in einem dafür geeigneten Kontext. Diese polyphone Wahrheit braucht viele gleichzeitige Stimmen. Menschliche Begegnungen werden als grundsätzlich einzigartig und einmalig aufgefasst, sodass sich in jedem wahrhaft dialogischen Gespräch immer wieder neue Begegnungen (sogenannte „Begegnungsmomente“) (Stern 2007) und Wege des Miteinanders eröffnen können.

Damit werden die Erzählungen, die subjektiven Erfahrungen und ihre Bedeutungen, das Aussprechen von bisher Ungesagtem bis hin zu traumatischen Erfahrungen und tiefgreifenden Dilemmata weitaus wichtiger als die Symptome, die erst im Licht dieser Erzählungen verständlich werden können. So können neue psychologische Bedeutungen von Symptomen und die gemeinsame Erfahrung dieses Prozesses entstehen.

Das Vorgehen erfolgt stets auf Augenhöhe mit den Patient_innen und allen Beteiligten und stellt die Ziele und Wünsche, Ressourcen und Stärken in den Fokus der Arbeit miteinander. Auch werden meist zwei Mal im Gesprächsverlauf Reflektionen der Professionellen miteinander angeboten. Immer entscheidet das anwesende Netzwerk, ob sie tatsächlich stattfinden. Sie sollten jeweils kurz sein und das subjektiv Wichtige wiedergeben.

Durch das Reflektieren wird dem Netzwerk zum einen deutlich, wie aufmerksam die Professionellen die Dialoge verfolgen, was meist die Ernsthaftigkeit des Gesprächs nach der Reflektion verstärkt. Des Weiteren existieren in jedem Anwesenden neben der geäußerten „Stimme“ weitere und durchaus divergierende innere Stimmen (die sog. innere oder vertikale Polyphonie), die jedoch nicht ausgesprochen werden. Indem zentrale Inhalte der „äußeren Stimme“ gespiegelt werden, werden diese oft gegensätzlichen inneren Stimmen aktiviert und so beginnt ein innerer Dialog. Zugleich werden auch die anderen evtl. im Konflikt stehenden Gesprächsteilnehmer_innen zu Hörenden dieser gespiegelten Inhalte. Werden diese jetzt wertschätzend von anderen wiedergegeben, können sie neu gehört und bereitwilliger aufgenommen werden (sog. Ricochet-Effekt). Auch dies führt oft zu neuen weiteren Dialogen. Die (noch) nicht ausgesprochenen inneren Stimmen sind oft wichtiger als die formulierten. Sie können auch unausgesprochen bleiben, bestimmen jedoch unter Umständen die weitere Entwicklung mit. In späteren Gesprächen werden sie möglicherweise ausgesprochen.

„Die Krise erscheint bald in einem neuen Licht, ein vertieftes Verständnis wird möglich, und oft beginnen konfliktreiche Beziehungen sich konstruktiv zu ver-

ändern. Auch das Behandlungssetting wird gemeinsam überlegt und möglichst im Konsens entschieden (Aderhold 2016, S. 26).“ Am Ende werden die wichtigsten Themen und die eventuell getroffenen Entscheidungen zusammengefasst und bei Bedarf ein weiterer Termin vereinbart.

Durch diese Dialoge über Schwierigkeiten und Probleme entsteht die Erfahrung von Handlungsfähigkeit im eigenen Leben. Vorschnelle Schlussfolgerungen und Entscheidungen über die Behandlung werden so vermieden. Die Professionellen werden vor allem zu Helfer_innen mit den Fähigkeiten, Dialoge zu fördern.

Der Offene Dialog in der Therapie von Patient_innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Mittlerweile ist die Wirksamkeit des Offenen Dialoges recht gut belegt. Obwohl sich die Mehrzahl der existierenden naturalistischen Evaluationsstudien über 2 bzw. 5 Jahre auf die Behandlung von Menschen mit erster psychotischer Episode beziehen, werden die Prinzipien des Ansatzes seit vielen Jahren bei allen Krisensituationen und bei Bedarf darüber hinaus angewendet und sind daher nicht als diagnosespezifisch anzusehen. Allerdings bedarf es weiter Evaluation, um bei den verschiedenen Gruppen von Patient_innen genauere Aussagen treffen zu können. Eine ausstehende randomisierte Vergleichsstudie hat 2019 mit 664 Teilnehmer_innen in Großbritannien im Rahmen der Nationalen Gesundheitsdienstes begonnen. Eingeschlossen werden Klient_innen mit unterschiedlichen Diagnosen in Krisen.

Die bisherigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Offene Dialog zur Reduktion von stationären Aufenthalten, psychischen Symptomen und sekundären Krankheitsfolgen beiträgt (Seikkula et al. 2006, 2011; Übersicht bei Freeman et al. 2019). Auch die Einnahme von Neuroleptika konnte stark reduziert werden. Zudem berichten qualitative Studien, die überwiegend im Rahmen einer nutzer- bzw. nutzerinnenorientierten Aktionsforschung zur Wirksamkeit des Offenen Dialoges durchgeführt wurden, dass positive Outcomes besonders mit der spezifischen Netzwerkperspektive und weniger mit der individualisierten Patient_innenperspektive einhergehen. Ebenso wird der Offene Dialog auf Seiten der Patient_innen mit einer Zunahme von Partizipation in Verbindung gebracht, was wiederum zu besseren Behandlungsergebnissen beitragen kann. Allgemein werden die Netzwerktreffen von den Befragten positiv bewertet. Vor allem Faktoren wie Offenheit und Toleranz für Unsicherheit während der Netzwerktreffen, Qualität und Vielfalt der Dialoge, die Netzwerktreffen an sich und der häufige Effekt der Netzwerkgespräche einen persönlichen Wandel zu erfahren sowie die Methode des reflektierenden Teams bringen die Befragten

mit einem positiven Krankheitsverlauf in Verbindung (Freeman et al. 2019).

Als multiprofessionelle und flexible Krisenintervention kann der Offene Dialog bei Patient_innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einer signifikanten Reduktion von stationären Aufenthalten, sekundären Krankheitsfolgen wie Verlust des Arbeitsplatzes, Abbruch von Ausbildung oder Schule beitragen, womit im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungsformen die soziale und berufliche Integration verbessert wird (siehe hierzu Giertz und Grabe in diesem Heft). In diesem Zusammenhang kann auch konstatiert werden, dass die Krisenintervention im unmittelbaren Lebensumfeld die Entwicklung und Umsetzung von individuellen Bewältigungsstrategien fördert, welche die Patient_innen möglicherweise in einer Gruppen- und Einzeltherapie oder darüber hinaus erlernt haben.

Auch krisenauslösende Faktoren, die bei Borderline-Patient_innen häufig mit interpersonellen Konflikten oder Überforderung in Zusammenhang stehen (Chaudhury et al. 2017), können im Rahmen des Offenen Dialoges nachhaltig bewältigt werden. Durch die dialogische Praxis entstehen Klärungsprozesse und korrigierende emotionale Erfahrungen. Der interpersonelle Austausch in einem sicheren Rahmen der Netzwerkgespräche und die reflektierenden Beiträge der Professionellen regen dabei wichtige Mentalisierungsprozesse (Bateman und Fonagy (Eds.) 2019) an, die die konfliktfreien Persönlichkeitsanteile der Betroffenen stärken, das intrapsychische Erregungsniveau reduzieren und somit zu einer Stabilisierung in Krisensituationen beitragen können, ohne dabei auf eine stationäre Einweisung oder Medikamente zurückgreifen zu müssen.

Die Wirkfaktoren von Netzwerkgesprächen können ganz unterschiedliche Ebenen umfassen. Vom ernsthaft gehört und anerkannt werden zum mehr verstehenden Dialog. Der Zugang zu tieferen Ebenen durch das Aufgreifen von Momenten der Brüchigkeit sowohl auf Seiten der Netzwerkteilnehmer_innen als auch der Therapeut_innen (Brown 2012), und so die polyphone Erweiterung vorangegangener Monologe durch ein Netzwerk, das sich verändern darf. Durch das Aussprechen von bisher Ungesagtem, und das Annähern an das innere Erleben, wird das Abgleiten in dissoziativen Schutz seltener erforderlich. Das berührt Werden durch Aussagen von anderen, auch durch reflexive Beiträge des therapeutischen Teams sowie die innere Polyphonie des bzw. der Therapeut_in in Gedanken, Bilder, körperlichen Empfindungen, Erinnerungen, Ideen (Rober 2005), als Teil eines gemeinsamen geteilten energetischen Feldes, von denen etwas intuitiv zum Ausdruck gebracht oder bewahrt werden kann. (Brown 2012).

Die Emergenz von existenziellen Begegnungen in Momenten, in denen die Schalen der sozialen Rollen abgelegt werden, genuin Persönliches zum Ausdruck gebracht wird und die Erfahrung einer Ich-Du Bezie-

hung, eines Begegnungsmomentes gemacht werden kann: eine existenzielle Selbsterweiterung durch ein Verbundensein mit dem oder den anderen, dass sich Einschwingen und sich sehr persönlich Einlassen auf andere ohne den eigenen Boden zu verlieren (Brown 2015).

Dieses sich öffnen für den existentiellen Zwischenraum zwischen Menschen beinhaltet eine gemeinsame Veränderung. Ein nicht abschließbarer Fluss von Verstehen und immer auch Missverstehen entfaltet sich, mit Momenten der Begegnung und „Vergegnung“ (mis-meeting) (Brown 2015), Gemeinsamkeiten und Distanz, die koexistieren können. Eine Sicherheit besteht auch darin, das andere unausgesprochen bleiben kann, so dass ein inneres Eingeständnis nicht mit einer sozialen Beschämung einhergeht.

Die stärkere Einbindung in ein unterstützendes Netzwerk, dass sich gemeinsam auf die Suche nach den Möglichkeiten eines besseren Lebens für alle macht, und dazu kontinuierlich Netzwerkgespräche nutzen kann. Und am Ende werden ganz praktisch in jedem Netzwerkgespräch gemeinsam gangbare Schritte verabredet oder erst nach einem Gespräch explizit oder implizit auf den Weg gebracht werden.

Ein weiterer Aspekt betrifft die therapeutische Vernetzung. Borderline-Patient_innen gelten bei vielen Psychotherapeut_innen wegen der Tendenz zu Suizidalität, selbstverletzenden und impulsiven Verhaltensweisen als eine schwierig zu behandelnde Gruppe, die häufig zu hohen Belastungen führt (Jobst et al. 2010). Trotz der Entwicklung von evidenzbasierten Behandlungsverfahren in den letzten Jahren, stellen Borderline-Patient_innen immer noch eine stigmatisierte Gruppe innerhalb der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung dar (Breneise et al. 2020). In vielen therapeutischen Manualen wird daher neben Supervision und Fortbildung auch die Vernetzung von Therapeut_innen mit anderen Institutionen oder therapeutischen Gemeinschaften als Voraussetzung für die Behandlung von Borderline-Patient_innen empfohlen, um Überlastungen, negativen therapeutischen Reaktionen oder Behandlungsabbrüchen entgegenzuwirken (vgl. Stiglmayer in diesem Heft). Der Offene Dialog trägt in diesem Kontext dazu bei, dass eine Vernetzung stattfindet und die Verantwortung der Behandlung auf alle Schultern verteilt wird, wodurch eine Entlastung von einzelnen Akteur_innen möglich wird. Dies hilft Behandlungsabbrüche und schwierige Krankheitsverläufe zu vermeiden. Wenn flexible ambulante Teams mit dialogisch-systemischer Kompetenz zur Verfügung stehen, können sie insbesondere in Krisen und zur Krisenprävention schnell hinzugezogen zu werden, um Netzwerkgespräche zu organisieren und zu moderieren.

Interessenkonflikt K. Giertz und V. Aderhold geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, wel-

che die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Aderhold, V. (2016). Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog. *Soziale Psychiatrie*, 2, 25–30.
- Aderhold, V., & Borst, U. (2016). „Stimmehören Lernen“. Qualifizierung für systemische Arbeiten in der psychiatrischen Grundversorgung. *Familiendynamik*, 1, 34–43.
- Aderhold, V., & Greve, N. (2010). Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 250–261.
- Aderhold, V., Alanen, Y. Ö., Hess, G., & Hohn, P. (Hrsg.). (2003). *Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Alanen, Y. O. (1997). *Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team. Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415–428.
- Bakhtin, M. (1988). *Probleme der Poetik Dostojewskis*. Berlin: Ullstein.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (Hrsg.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2. Aufl.). Washington: American Psychiatric Association.
- Breneise, R., Schäfer, M., Schomerus, G., Riedel-Heller, S. G., Thiel, C., & Luck-Sikorski, C. (2020). Werden besonders Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ durch das psychiatrische Pflegepersonal stigmatisiert? *Psychiatrische Praxis*, 47, 35–38.
- Brown, J. M. (2012). Theory, practice and use of self in the open dialogues approach to family therapy: a simple complexity or a complex simplicity? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33, 266–282.
- Brown, J. M. (2015). Wherefore art 'thou' in the dialogical approach: the relevance of Buber's ideas to family therapy and research. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36, 188–203.
- Brown, J. M., Kurtti, M., Haaranen, T., Löhönen, E., & Vahtola, P. (2015). North-south dialogue on open dialogues in Finland: the challenges and the resonances of clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36, 51–68.
- Chaudhury, S. R., Galfalvy, H., Biggs, E., Choo, T., Mann, J. J., & Stanley, B. (2017). Affect in response to stressors and coping strategies: an ecological momentary assessment study of borderline personality disorder. *Border-*

- line Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 4, 8. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0059-3>.
- Ciampi, L. (1982). *Affektlogik. Über Struktur der Psyche und ihre Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C. H., & Pilling, S. (2019). Open dialogue. A review of the evidence. *Psychiatric Services*, 70, 46–59.
- Jobst, A., Hörz, S., Birkhofer, A., Martius, P., & Rentrop, M. (2010). Einstellung von Psychotherapeuten gegenüber der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 60, 126–131.
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in open dialogue*. Worcester: University of Massachusetts Medical School.
- Rober, P. (2005). Family therapy as a dialogue of living persons: a perspective inspired by Bahktin, Voloskinov and Shotter. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 385–397.
- Schöny, W. (Hrsg.). (2018). *Sozialpsychiatrie: theoretische Grundlagen und praktische Einblicke*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Schore, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and the development of a predisposition to psychiatric disorders. In A. N. Schore (Hrsg.), *Affect dysregulation and disorders of the self* (S. 89–127). New York: W. W. Norton.
- Seikkula, J. (2003). Wenn der Dialog zur Behandlung wird. Grundlagen des Gesprächs und Optimierung der Therapieversammlung. In V. Aderhold, Y. O. Alanen, G. Hess & P. Hohn (Hrsg.), *Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien* (S. 197–210). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Seikkula, J., & Alakare, B. (2015). Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog. *Psychotherapie im Dialog*, 16(3), 28–33.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). *Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*. Neumünster: Paranus.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., & Haarakangas, K. (2006). Five-years experiences of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach. Treatment principles, follow up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy and Research*, 16(2), 214–228.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P., & Tolvanene, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland. A 2-year randomized trial. *Journal of Family Therapy*, 35, 281–302.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project. *Psychosis*, 3(3), 1–13.
- Stern, D. N. (2007). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Apsel.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.