

Gedanken und Gefühle psychiatrisch Tätiger im Rückblick auf eine abgeschlossene Weiterbildung: Der Ansatz des Offenen Dialogs und Netzwerk-orientierte Therapie

Evaluation eines hausinternen Trainings in Netzwerk-orientierten Methoden durch die multiprofessionellen Teilnehmenden (2015/2016 bzw.2017)

Dr. Sabine Schütze, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
(ehem. Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Vivantes Klinikum Neukölln, Rudower Str. 48, 12351 Berlin)

Dialogische Praxis, Vor den Hegen 2, 21521 Wohltorf, Deutschland
E-mail: sabinschue@gmail.com
www.dialogischepraxis.com

Gedanken und Gefühle psychiatrisch Tätiger im Rückblick auf eine abgeschlossene Weiterbildung: Der Ansatz des Offenen Dialogs und Netzwerk-orientierte Therapie

Abstract:

Nach über 20 jähriger klinischer Praxis in einem sozialpsychiatrisch ausgerichteten Krankenhaus in Berlin engagierte sich die Autorin in der Etablierung eines hausinternen Trainings für möglichst viele multiprofessionelle Teilnehmende, um eine beziehungsorientierte Kommunikation durch Netzwerk-orientierte Methoden, basierend auf dem Ansatz des Offenen Dialogs (OD), (Seikkula et al.(2007)) zu fördern. Dieses führte zu einer Serie von hausinternen Trainings seit 2011.

Während die Akzeptanz neuer Elemente insgesamt ermutigend war, beeindruckte das unterschiedliche Ausmass, in dem diese in der Alltagspraxis eingeführt wurden.

Um mehr darüber zu erfahren, was die Bereitschaft der Teilnehmenden erklären könnte, neu erworbene Kompetenzen in ihrer Alltagsarbeit anzuwenden, bzw., was eine reservierte Haltung begründen könnte, wurden die Teilnehmer*innen des zurückliegenden Trainings bezüglich ihrer Motivation zur Teilnahme, ihrer Zufriedenheit mit dem Training und mit den, nun als Absolventen, zu erlebenden Veränderungen in ihrer täglichen Arbeit befragt.

Drei Zeitpunkte wurden gewählt:

a) vor dem Training

b) während des Trainings

c) nach Abschluss des Trainings,

um auf die Hypothese zu fokussieren, dass sich sowohl die Motivation zur Teilnahme, als auch die Zufriedenheit während der Workshops auf den Umfang der veränderten Arbeitsweise auswirken dürfte.

Weiterhin sollte herausgefunden werden, was Trainer*innen von den Rückmeldungen der Teilnehmenden bezüglich des Trainings lernen können.

Die Datenanalyse widerlegte die obige Hypothese: die meisten Teilnehmer*innen berichteten von als positiv erlebten Veränderungen ihrer Arbeit, unabhängig davon, ob sie freiwillig am Training teilgenommen hatten oder nicht.

Die (vorwiegend positiven) Rückmeldungen deuteten sowohl auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Balance von Theorie und Praxis, als auch auf die Empfehlung: „weniger ist mehr“ hinsichtlich der Länge der einzelnen Workshops.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit handelt von den Ergebnissen und der Wirksamkeit eines hausintern durchgeführten berufsgruppenübergreifenden Trainings in Netzwerk-orientierten Methoden und des Open Dialogue-Ansatzes, welches zum Zeitpunkt der Untersuchung zum vierten Mal in der Psychiatrischen Klinik eines grossen Allgemeinkrankenhauses in einem durch erhebliche sozioökonomische Herausforderungen gekennzeichneten Bezirk Berlins durchgeführt wurde.

Die Klinik hat die Versorgungsverpflichtung für sämtliche Bürger*innen des Bezirks inne, die aufgrund einer psychischen Krise stationärer Behandlung bedürfen, eingeschlossen auch Zwangseinweisungen. Damit sind zahlreiche Herausforderungen verbunden, da die Begegnungen zwischen Patient*innen und Klinikmitarbeiter*innen nicht immer von Freiwilligkeit gekennzeichnet sind, die Behandlungsvereinbarungen oft mit sehr viel Geduld zu erarbeiten sind und die jeweiligen Ziele in deutlichen Widersprüchen stehen können- und all das meistens unter Zeitdruck. Darüber hinaus sind eine Vielzahl der Patient*innen als sozial und wirtschaftlich desintegriert anzusehen: ihnen fehlen natürliche soziale Netzwerke, viele sind arm und obdachlos. Die Inanspruchnahme der stationären Behandlung ist ausgeprägt, so dass die meisten Stationen überbelegt sind, was ungünstigerweise durch zusätzliche Personalknappheit kompliziert werden kann. Angesichts einer Situation mit weniger Wahlmöglichkeiten als wünschenswert, besteht die Philosophie der 1985 gegründeten Klinik passenderweise in einem sozialpsychiatrischen Ansatz, innerhalb dessen Patient*innen heterogen (d.h. unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht oder Diagnose) auf eine der sechs allgemeinspsychiatrischen Stationen aufgenommen werden, um eine „Ghettobildung“ oder „Rosinenpicken“ zu vermeiden. Eine zentrale Auffassung lautet: „so viel Normalität wie möglich“. Die therapeutische Unterstützung zeigt ein weites Spektrum und bewertet „common factors“ (Sprenkle et al.(2009)) höher als das Bekenntnis zu einem speziellen therapeutischen Ansatz, was sich auch hinsichtlich der multiprofessionellen Kooperation im Arbeitsalltag als hilfreich erwiesen hat.

Aber, obwohl sich viele Mitarbeiter*innen dafür entschieden haben, genau in dieser Klinik zu arbeiten, vor allem wegen der oben skizzierten Philosophie, zöge eine gewisse Anzahl von Kolleg*innen ein stärker medizinisch orientiertes Modell mit Spezialstationen und, vor allem, einer geschlossenen Station vor, auf der die kompliziertesten Patient*innen zu konzentrieren wären (was in der aktuellen Organisation einem Tabu entspricht). Um diese Kolleg*innen für dialogisch strukturierte Beziehungen zwischen Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu gewinnen, bedarf es eines besonderen Einsatzes.

Während der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts wurden Veröffentlichungen über Bedürfnis-angepasste Behandlungen (Alanen et al.(1997)) von einigen Kolleg*innen des Neuköllner Teams aufmerksam zur Kenntnis genommen. Berichte über das Gemeinde-zentrierte Projekt in Tornio, West-Lappland faszinierten mit ersten Forschungsergebnissen (Aaltonen, 1997)). Nachdem sich eher informelle Informationen über die Anwendung dialogischer Kommunikation mit Patient*innen, (z.B. „Behandlungskonferenz“ (Aderhold et al. (2006)) verbreitet hatten, begann eine Gruppe von Mitarbeiter*innen, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Aber immer wieder klang der anfängliche Enthusiasmus bald mit der Feststellung ab: „das funktioniert nicht bei uns!“ Die Autorin bemühte sich seit 2009 (??) um die Einführung des Open Dialogue in die tägliche Arbeit, um mit reflektierenden Methoden die Kommunikation zu verbessern und über Vielstimmigkeit nicht nur zu Auswegen aus verfahrenen therapeutischen Situationen verhelfen, sondern auch hinderlichen Hierarchien entgegenwirken zu können. 2009 konnte eine Gruppe von Mitarbeiter*innen (zwei Krankenschwestern, eine Ergotherapeutin, eine Sozialarbeiterin und ein Assistenzarzt) dazu motiviert werden, eine bereits mit dem OD- Ansatz arbeitende Klinik im Umfeld Berlins zu besuchen, an deren In house-Training eine interessierte Krankenschwester bereits teilgenommen hatte. Die Idee bestand darin, praktisch Tätige zu ermächtigen, relevante Informationen als Erste kritisch prüfen zu können. Dabei handelte es sich um ermutigende Einzelheiten, die es zunächst ausführlich zu diskutieren galt.

Mit Unterstützung der damaligen Neuköllner Chefärztin Dr. Ingrid Munk entstand der Plan einer ODA-Qualifizierung der Mitarbeiter*innen in Form eines hausinternen Trainings, wie es bereits in der „Modell-Klinik“ erfolgreich verlaufen war.

Die Autorin diskutierte 2010 das Projekt im Rahmen des 15. Internationalen Netzwerktreffens zur Behandlung von Psychosen in Vesteralen, Norwegen. Neben ermutigenden Rückmeldungen hinsichtlich der schrittweisen Einführung reflektierender Prozesse in mehr oder weniger traditionell arbeitende Arbeitszusammenhänge, lautete eine der wichtigsten Empfehlungen: „wenn Du weit gehen willst, gehe langsam!“

Da auch ein vielversprechender Projektstart die vorbehaltlose Unterstützung der Leitung benötigt („top down“-Prozess), lud die Direktorin der Psychiatrischen Klinik Ende 2010 sämtliche Kolleg*innen aller Berufsgruppen zu einer Informationsveranstaltung mit V. Aderhold ein. Nach grosser Resonanz darauf wurde eine erste Trainingsgruppe aus 30 Personen zusammengestellt, an der nicht nur die Klinikdirektorin, sondern drei der fünf Oberärzt*innen teilnahmen. Das Training bestand aus acht Workshops à zwei Tagen von 2011 bis 2012.

Obwohl das Interesse, an einer solchen Qualifikationsmassnahme teilzunehmen so lebhaft war, dass Folgetrainings in 2012 und 2014 stattfanden, zeigte die Beobachtung der anschliessenden Alltagspraxis massgebliche Unterschiede zwischen einzelnen Einheiten der Klinik hinsichtlich der Anwendung von Elementen des Open Dialogue-Ansatzes. Das rief die Frage hervor, wieso einzelne Teams mit geschulten Mitarbeiter*innen weniger dialogische Kommunikation zeigten, als andere Arbeitsgruppen. Dieses herausfordernde Rätsel motivierte die Autorin dazu, die vorliegende Untersuchung durchzuführen. Neben strukturellen Aspekten wie Veränderungen der Team-Zusammensetzung oder unerwartete Wechsel von Leitungspersonal, die nicht kurzfristig zu beeinflussen sind, die einige Erklärungen zu der oben gestellten Frage liefern könnten, und unter Berücksichtigung der mehr traditionellen Grundhaltung einiger Kolleg*innen, wie oben skizziert, sollten mögliche individuelle Charakteristika der Absolvent*innen berücksichtigt werden, um Ansatzmöglichkeiten zu finden, perspektivisch die Umsetzung von neuen Kenntnissen zu fördern.

Durch eine Befragung aller 19 Absolvent*innen des Vorjahres-Trainings, die Mitarbeiter*innen der Klinik sind, sollten Informationen zur Akzeptanz des Open Dialogue-Ansatzes anhand dessen praktischer Anwendung nach Abschluss des Trainings einschliesslich wiedergegebener persönlicher Erfahrungen der Befragten gewonnen werden.

Unter der Annahme, dass nicht nur Merkmale des Trainings selbst, sondern auch motivationale Aspekte bedeutsam sein dürften, wurden die Teilnehmenden sowohl nach ihrer Rückmeldung zum Training, als auch nach ihrer eigenen Initiative bzw. der Aufforderung ihrer Vorgesetzten zur Teilnahme gefragt. Das Ziel dieser Untersuchung ist folglich, mehr über die Zusammenhänge zwischen motivationellem Status bzw. motivationellen Prozessen der Teilnehmenden, ihrer Bewertung des Trainings und der Anwendung neuer Kompetenzen in ihrer Arbeit zu verstehen.

Weiterhin wird die Frage gestellt, was Trainer*innen aus den Rückmeldungen der Absolvent*innen lernen können, um ihr Angebot bzgl. der Bedürfnisse künftiger Teilnehmender weiter zu verbessern.

Teilnehmende und Methode

Interessiert am Prozess der Etablierung einer Netzwerk-orientierten Philosophie in den Alltagskontext bereits bestehender therapeutischer Teams und entsprechend an der Haltung der Teammitglieder gegenüber dem Open Dialogue-Ansatz, begann die Autorin eine Reihe von Interviews mit den Absolvent*innen des vorangegangenen Trainings, das von 2015 bis 2016 stattgefunden hatte, aber nicht mit den Teilnehmenden des aktuellen Kurses, um eine positive Voreingenommenheit zu vermeiden (eine Tendenz zur Begeisterung während eines laufenden Trainings ist weitverbreitet). Um sich auf die Aspekte des hausinternen Trainings zu konzentrieren, wurde die Interview-Gruppe auf die Mitarbeiter*innen der Neuköllner Klinik beschränkt, obwohl es eine kleinere Gruppe von Teilnehmenden gab, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Neukölln bzw. im Wiedereingliederungsbereich oder in Nachbarkliniken tätig sind.

Die untersuchte Gruppe bestand aus 19 Personen: 13 Frauen und 9 Männer. Die Pflegekräfte stellten die grösste Gruppe dar (n=9), gefolgt von Psychiater*innen (n=6), den Ergotherapeutinnen (n=3) und schliesslich 1 Sozialarbeiterin.

Das Alter der Interviewten lag zwischen 30 und 61 Jahren. Die jüngste Untergruppe (30-39 Jahre) umfasste 6 Personen, ebenso wie die Gruppe der 40-49 Jährigen. Lediglich 5 Personen bildeten die Gruppe der 50-59jährigen. Die beiden ältesten Teilnehmenden waren 60 bzw. 61 Jahre alt.

Die Betriebszugehörigkeit reichte von 1,5 Jahren bis 25 Jahren, wobei 10 Personen eine Untergruppe bildeten, die 1,5 bis 8 Jahre im Hause waren, während 9 Personen zur Gruppe derer gehörten, die seit 10,5 bis 25 Jahren zur Klinik gehörten.

Alle Teilnehmenden wurden von der Autorin am 24. Januar 2017 per E-Mail dazu eingeladen, an einem kurzen Interview teilzunehmen. Die Antworten- ausnahmslos Zusagen- kamen entweder am selben Tag (n=3), am Folgetag (n=4), innerhalb einer Woche (n=4), bis Ende Februar 2017 (n=6) oder - aus Urlaubs- bzw. Krankheitsgründen einige Wochen später (n=2).

Die Verabredungen zum Interviewtermin erfolgten überwiegend per E-Mail. Alle 19 Treffen wurden so bald wie möglich realisiert, wobei Urlaub, Krankheit, konkurrierende Verpflichtungen oder Schichtdienst zu berücksichtigen waren, und zwar zwischen dem 24. Januar und 13. März 2017. Sie fanden entweder im Büro der Autorin oder im Kriseninterventionszentrum oder in den Tageskliniken statt, in denen drei der Interviewten arbeiteten. Alle Teilnehmenden stimmten der Aufnahme des Interviews mit folgender Transskription zum Zwecke der Datenanalyse durch die Autorin zu.

Tabelle 1: Merkmale der befragten Personen

	weibl.	männl.	Pflege	Psychiater	Sozialarb.	Ergoth.	30-39 J.	40-49 J.	50-59 J.	60-61 J.
Geschlecht	13	6								
Beruf			9	6	1	3				
Alter							6	6	5	2

Anm.: Beschäftigungsdauer im Klinikum Neukölln : 1,5 Jahre bis 25 Jahre

Den oben beschriebenen Forschungsabsichten entsprechend, bestand das Interview aus den folgenden drei Fragen:

- 1.) Was motivierte Sie dazu, am Open Dialogue-Training teilzunehmen ?
- 2.) Wie beeinflusst das dort neu erworbene Wissen/ beeinflussen neue Kompetenzen Ihren aktuellen Arbeitsalltag?
- 3.) Rückblickend auf das Training: hätten Sie etwas anders haben wollen? Was ?

Alle Teilnehmenden beantworteten sämtliche Fragen, indem sie ihre Ideen, Gefühle und Gedanken in unterschiedlicher Detailliertheit teilten: die Transskriptionen reichten von 1145 Zeichen bis zu 6231 Zeichen.

Analyse der gesammelten Daten:

Für ein detaillierteres Verständnis des gesammelten Materials wurden Kategorien gebildet, denen die erwarteten Antworten später zugeordnet werden sollten.

Für jede der drei Fragen wurden folgende drei Kategorien formuliert:

Frage 1 [Was motivierte Sie dazu, am Open Dialogue-Training teilzunehmen ?]

- a) Bereits ein eigenes Interesse am Thema entwickelt
- b) von Kolleg*innen eingeladen oder durch deren Vorbild ermutigt
- c) von Vorgesetzten zur Teilnahme aufgefordert

Frage 2 [Wie beeinflusst das neu erworbene Wissen, beeinflussen neue Kompetenzen Ihren aktuellen Arbeitsalltag?]

- a) gar nicht (nicht möglich)
- b) Verbesserung der eigenen Handlungsweisen
- c) strukturelle Verbesserungen oder Veränderungen der Team-Aktivitäten wurden erreicht

Frage 3 [Rückblickend auf das Training: hätten Sie etwas anders haben wollen? Was ?]

- a) keine Veränderungswünsche
- b) Wünsche hinsichtlich der Dauer des gesamten Kurses bzw. der einzelnen Workshops
- c) Wünsche hinsichtlich des Verhältnisses von Theorie und Praxis
 - cc) mehr Theorie, weniger Rollenspiele/ Übungen
 - ccc) weniger Theorie, mehr Rollenspiele/ Übungen

Nach der Transskription der Interviews wurden die Antworten den oben angegebenen Kategorien zugeordnet und gezählt. Da eine Reihe überraschender Sätze durch spontan gegebene Informationen besondere Aufmerksamkeit hervorriefen, werden diese als illustrierende Beispiele hinzugefügt („highlights“).

Ergebnisse

Anknüpfend an den obigen Hinweis auf die von den Befragten verwendete Anzahl von Worten: zwischen dem Umfang der Antworten und dem positiven bzw. negativen Inhalt konnte kein Zusammenhang gefunden werden. Das Mitteilungsbedürfnis entsprach offensichtlich den jeweiligen persönlichen Kommunikationsstilen (in einer solchen Interview-Situation).

Frage 1 [Was motivierte Sie dazu, am Open Dialogue-Training teilzunehmen ?]

- a) **3** Befragte gaben ein **eigenes Interesse** für das Thema an: zwei von ihnen hatten die Gelegenheit nutzen können, von einem Arbeitsort an einen anderen (eine Tagesklinik) zu wechseln, während ein Kollege kürzlich beschlossen hatte, sich um eine Anstellung in der Neuköllner Klinik zu bewerben, um mit dem OD Ansatz arbeiten zu können.
- b) **13** Befragte beschrieben sich selbst als von anderen Kolleg*innen **eingeladen** worden zu sein bzw. zitierten das **positive Beispiel**, das sie in der Arbeit durch jene hatten erleben können, oder die begeisterten Kommentare von Absolvent*innen eines früheren Trainings. Als ein „highlight“ soll die Äusserung einer Teilnehmerin genannt werden:
„Ich wollte am Training teilnehmen, um mich nicht als Aussenseiterin zu fühlen“ oder die eines anderen, der formulierte, sich „geehrt“ zu fühlen, am Training beteiligt worden zu sein.
- c) **3** Befragte fühlten sich von ihren Vorgesetzten **geschickt** oder gar beordert (n=1) bzw. in ihrem Team ausgelost (n=1).

Frage 2 [Wie beeinflusst das neu erworbene Wissen, beeinflussen neue Kompetenzen Ihren aktuellen Arbeitsalltag?]

- a) **1** Person bedauerte es, ohne eine „Plattform“ (kooperierende Kolleg*innen ebenso wie genügend Zeit) zu arbeiten, derer es bedürfe, um den OD-Ansatz nutzen zu können, während **1** andere ihr vorbestehendes Wissen um systemische Ansätze als Begründung dafür erwähnte, dass sich ihr professionelles Verhalten durch die Teilnahme am Training nicht verändert hätte.
- b) **17** Befragte sprachen über Modifikationen ihres Kommunikationsverhaltens, die sämtlich als Verbesserungen wahrgenommen wurden: neben der Beobachtung, nun mehr Zeit in das Zuhören zu investieren, anstatt schnelle Lösungsvorschläge anzubieten, begleitet von einer grösseren Gelassenheit, wurden „weniger Hierarchie“ und mehr Aufmerksamkeit für das soziale Netzwerk der Patient*innen erwähnt. Andere Mitteilungen bezogen sich auf die verwendete Sprache (besser an die Patient*innen und deren Netzwerke angepasst) oder die erlebte Empathie und Auswirkungen in Richtung „weniger Routine“. Besondere „highlights“ bestanden in den Botschaften einiger Befragter hinsichtlich eines emanzipatorischen Prozesses, dem sie sich ausgesetzt gefühlt hätten („weniger Angst“ oder „ein Zuwachs an Selbstsicherheit...Du übernimmst Rollen im therapeutischen Team, die zu übernehmen Du früher nicht gewagt hättest.“).
- c) **7** Befragte berichteten von einer zunehmenden Integration neu erlernter Element oder eine anwachsende Selbstverpflichtung innerhalb der Teams, z.B. Netzwerk-Gespräche und reflektierende Teams durchzuführen, oder soziale Netzwerkkarten gemeinsam mit ihren Patient*innen zu erstellen.

(Anm.: da einige Befragte sowohl von persönlichen Veränderungen (b) als auch von strukturellen Neuerungen (c) berichteten, überschreitet die Summe beider n=17)

Frage 3 [Rückblickend auf das Training: hätten Sie etwas anders haben wollen? Was ?]

- a) **4** Befragte stellten fest, dass sie keinerlei Veränderungen vorzuschlagen hätten. Als ein „highlight“ soll die Aussage erwähnt werden (vor allem, da es sich um die eines „delegierten“ Teilnehmers handelt): „Ich bin wunschlos glücklich!“
- b) **6** Befragte drückten ein Gefühl von Erschöpfung durch die Dauer der einzelnen Workshops aus oder empfanden die teilweise langen Abstände zwischen einzelnen Workshops als herausfordernd. 4 Personen problematisierten die Tatsache, dass die Workshops an Freitagen und Samstagen stattfanden, so dass sie einen Teil des Wochenendes investieren müssen.
- c) **9** Teilnehmende sprachen über das Verhältnis von Theorie und Praxis, das sie gern anders gehabt hätten: während eine Person es vorgezogen hätte, mehr Theorie angeboten zu bekommen, hatten die anderen **8** Personen theoretische Informationen oft als ermüdend erlebt und bedauerten, nicht mehr Gelegenheit zu Übungen (z.B. Rollenspielen) bekommen zu haben.

Diskussion

Der Open Dialogue-Ansatz ist durch gründliche Forschung überprüft und wird international erprobt. Seine nachhaltige Anwendung hängt allerdings weiterhin von der Aktivität einzelner Personen oder Teams ab, auch an Orten, an denen er bereits eingeführt ist.

Als ein Beispiel für die Etablierung des OD-Ansatzes innerhalb einer mehr oder weniger traditionell arbeitenden psychiatrischen Klinik und zur Reflektion sowohl der förderlichen als auch der hinderlichen Faktoren für seine Nachhaltigkeit wird hier die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Neukölln in Berlin vorgestellt.

Das Ziel der hier vorgelegten Arbeit bestand darin, nicht nur Informationen über die motivationalen Prozesse der Absolvent*innen eines hausinternen Trainings, ihre Bewertung des Angebots oder der Anwendung des neu Erlernten zu sammeln, sondern auch die wechselseitigen Zusammenhänge dieser Aspekte.

Weiterhin wird der Frage nachgegangen, was Trainer*innen vom Feedback der Teilnehmenden lernen können, um ihr Trainingsangebot noch besser an den Bedürfnissen künftiger Trainingsgruppen auszurichten.

Durch die Befragung von 19 Klinikmitarbeiter*innen, die das hausinterne Training im Open Dialogue-Ansatz im Vorjahr abgeschlossen hatten, wurden Daten gesammelt, die Informationen zum Weg der einzelnen Teilnehmer*innen in den Kurs, zum Ausmass, in dem sie sich innerhalb ihres Arbeitsalltags nach Abschluss des Kurses als verändert erleben und zu ihrer Einschätzung des absolvierten Trainings beinhalteten.

Eine wesentliche Beobachtung bestand darin, dass die Motivation der überwiegenden Zahl der Befragten als durch das Vorbild ihrer bereits mit dem OD-Ansatz arbeitenden Kolleg*innen oder deren positive Bewertung des von ihnen zuvor absolvierten Trainings bedingt beschrieben wurde. Weiterhin ist die überwiegend positive Beantwortung der Frage nach Veränderungen in der (kommunikativen) Alltagsarbeit bedeutsam, die zeigt, dass sogar die ursprünglich zur Teilnahme aufgeforderten Kolleg*innen eine positive Entwicklung erlebten, die als ein emanzipatorischer Prozess beschrieben wurde.

Weiterhin zeigten die Antworten auf die Frage nach Veränderungswünschen bzgl. des Trainings entweder vollständige Zufriedenheit oder bezogen sich auf die Modifikationen struktureller Elemente wie Zeit, Dauer oder Abstände der Workshops, kritisierten aber nicht deren Inhalt. Allerdings wurde das Verhältnis von Theorie und Praxis von nahezu 50% der Befragten (n=9) in anderer Gewichtung gewünscht, und zwar überwiegend (n=8) zugunsten mehr Praxis.

Die Rückmeldung zur Dauer der einzelnen Workshops könnte die Leser*innen dazu verführen, die Forschungsfrage nach der Anpassung des Trainings an die Bedürfnisse künftiger Teilnehmenden dahingehend zu beantworten, dass einfach eine verringerte Stundenzahl pro Tag angeboten werden sollte, um Ermüdung zu vermeiden. Wahrscheinlich sollte jedoch eine andere Alternative vorgezogen werden, die in einer hochfrequent wiederholten Klärung während des Trainings bestünde, um einen deutlichen Eindruck davon zu gewinnen, wo sich die Teilnehmenden jeweils befinden, und was sie gerade benötigen, um erfolgreich weiter teilnehmen zu können (Schütze (2018)). Sollte auch ein Wechsel des Themenangebots die Gruppe nicht neu anregen können, ist es immer noch Zeit, sich an die Redewendung zu erinnern: „weniger ist mehr!“.

Die andere Aussage mehrerer Befragter hinsichtlich ihrer Bevorzugung genügender Gelegenheiten, viel von dem erlernten Material in praktischen Übungen erfahren zu können, verdient sorgfältige Beachtung, zumal sie direkt auf das Wesen der Open Dialogue-Kommunikation verweist: nicht nur kognitive Prozesse (angesammeltes Wissen), sondern verinnerlichte Erfahrungen und Gefühle, welche z.B. in Rollenspielen gefördert werden, sind von unersetzlichem Wert und dialogische Kommunikation sollte monologischem Lehren vorgezogen werden. Eine Konsequenz könnte darin bestehen, dass Trainer*innen, die zweifellos über einen grossen Wissensschatz verfügen, auf den Versuch verzichten, „alles“ davon zu vermitteln, ihn aber für Momente bereit zu halten, in denen die Gruppe zu verstehen gibt, nun genug Praxis zum vorangegangenen Thema erfahren zu haben. Die Datensammlung zum Thema der Veränderungen im persönlichen Arbeitsstil oder der Anwendung dialogischer Elemente erlaubt die Interpretation, dass die Wünsche hinsichtlich einer anderen Theorie-Praxis-Balance oder bezüglich eines anderen Zeitplan des Trainings den Prozess des erfolgreichen Teilnehmens nicht beeinträchtigt haben; berichteten doch die überwiegende Anzahl von Befragten über die Anwendbarkeit neu erworbener kommunikativer oder struktureller Elemente bzw. Veränderungen in ihrer Haltung gegenüber Patient*innen und ihren Familien. Letztere wurden mit einem Unterton von „mehr Spass...mehr Mut..“ beschrieben, was für eine zumindest angedeutete Relativierung hierarchischer Aspekte sprechen dürfte. Die Falsifikation der o.a. Hypothese, dass freiwillige Absolvent*innen erfolgreicher seien als anfänglich skeptische Kolleg*innen, könnte darauf hindeuten, dass in einigen Situationen überzeugende Ermutigung einer zweifelnden Person zu einer positiven Entwicklung verhelfen kann – obwohl der Grundsatz, eine Person dort

abzuholen, wo sie sich gerade befindet, nicht in Vergessenheit geraten sollte. Zugleich ist zu berücksichtigen, dass Hindernisse des alltäglichen Arbeitskontexts immer wieder einen unerwünschten Einfluss auf Entwicklungsprozesse nehmen können.

Die Überlegungen, wie und wer für die Teilnahme an einem wie hier beschriebenen Training zu gewinnen sein kann, knüpft an die Ergebnisse der Befragung zur Motivation der Absolvent*innen an. Während lediglich drei Personen von ihrem eigenen Interesse berichteten und nur drei weitere sich „beordert“ gefühlt hatten, bezogen sich die überwältigende Mehrheit auf einladende oder ermutigende Kommentare ihrer erfahreneren Kolleg*innen oder das überzeugende Vorbild von Elementen des Open Dialogue in der realen Arbeit einer üblichen psychiatrischen Klinik. Diese Tatsache könnte als Beleg für die Kraft des Open Dialogue-Ansatzes interpretiert werden, Menschen zu überzeugen oder faszinieren und sie zugleich in die Lage zu versetzen, mit den realen Bedingungen ihres Arbeitsumfeldes in Kontakt zu bleiben – die zu einem gewissen Ausmass zu verändern gleichzeitig gefördert werden kann, selbst wenn die Initiative dazu anfänglich von aussen kam. Die Wirkung des Rollenmodells von Kolleg*innen deutet weiterhin auf die Bedeutung einer „bottom up“-Struktur für die Nachhaltigkeit des Veränderungsprozesses hin, die die gleichfalls wichtige „top down“-Bewegung zu ergänzen hat.

Das spontan am Ende des Interviews geäusserte Zitat einer Befragten illustriert die postulierten Vorteile eines hausinternen Trainings: „Man hat ja einfach auch die Ergebnisse gesehen...ich glaube, wenn man halt damit arbeitet und das als Fortbildung macht, dann sieht man, kann man das besser miteinander verknüpfen, dann versteht man das auch besser.“

Die zusammenfassenden Schlussfolgerungen lauten: die Ergebnisse belegen den „ansteckenden“ Charakter des Open Dialogue-Ansatzes und ermutigen dazu, nicht nur von vornherein hochmotivierte Kolleg*innen sondern sogar anfängliche Skeptiker*innen in (möglichst hausinterne) Trainings einzubeziehen. Schliesslich sollten Trainer*innen in engem Kontakt zu den Mitgliedern ihrer Trainingsgruppe sein, um ihnen ein passendes Mass an Übungen zu ermöglichen.

Einschränkungen:

1. In ihrer Rolle als Vorgesetzte (zumindest einiger Befragter) könnte die Autorin zu einer Tendenz zu positiven Rückmeldungen beigetragen haben.
2. Das Image der Autorin als leidenschaftliche Repräsentantin des OD-Ansatzes in der Klinik könnte sich gleichsinnig ausgewirkt haben.
3. Es wurde keine Kategorie für Antworten im Sinne negativer Einflüsse des absolvierten Trainings gebildet (niemand der Befragten hatte von solchen berichtet).
4. Die gesammelten Daten repräsentieren die (nur 19 !) Absolvent*innen des dritten (von mittlerweile vier durchgeführten) Trainings, was keine allgemeinen Aussagen, weder über das therapeutische Team der Neuköllner Klinik, noch über die Bedeutung von Alter, Geschlecht oder Dauer der Betriebszugehörigkeit zulässt.

Wie dem auch sei, einige beispielhafte Ergebnisse wurden herausgefunden, die weitere Forschungsaktivitäten mit dem Ziel eines tieferen Verständnisses der berichteten Handlungs- und Kommunikationsänderungen stimulieren könnten. Auch die Bedeutung des jeweiligen Arbeitskontexts (stationär, tagesklinisch oder ambulant) sollte reflektiert werden, da der Open Dialogue-Ansatz nicht für stationäre Behandlungssettings entwickelt wurde, sondern für flexiblere, meist aufsuchende Vorgehensweisen ausserhalb von Institutionen.

Jedenfalls sollten weitere Bemühungen unternommen werden, um mit Pioniergeist Open Dialogue-Elemente auch in Settings wie der hier beschriebenen Klinik zu etablieren, die die therapeutische Situation verbessern können.

Quellen

Artikel:

Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M. (1997)
Western Lapland Project: A comprehensive family- and network centered community psychiatric project.
ISPS. Abstracts and lectures 12-16 :124

Aderhold, V., Gottwalz-Itten, E., Haßlöwer, H. (2008). Die Behandlungskonferenz - Dialog, Reflexion und
Transparenz. Psych.Pflege, 16:142-152

Schütze, W., Karwinkel, U., Aderhold, V. (2010). Am Beispiel Nauen - bedürfnisangepasste Behandlungen nach
finnischem Modell. Kerbe (3), 11-14

Bücher:

Alanen, Y.O. (1997). Schizophrenia. Its origins and Need-Adapted Treatment. London. Karnac

Schütze, W. (2018). Eine Reise auf das offene Meer - dialogisch, Norderstedt. BoD

Seikkula, J., Arnkil, T.E. (2007). Dialoge im Netzwerk- Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis.
Neumünster. Paranus.

Sprenkle, D.H. (2009). Common factors in couple and family therapy. New York. Guilford.