

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Schizophrenien – Konzepte, Bilder und Realitäten

## Der Offene Dialog im psychiatrischen Hilfesystem in Deutschland

Autoren und Autorinnen:  
Kolja Heumann,  
Jenny Ziegenhagen,  
Mira Kuhlmann,  
Volkmar Aderhold  
Seite 40–43

**Zusammenfassung** Der Offene Dialog (OD) ist ein ursprünglich in Westlappland entwickelter integrierter Ansatz der multiprofessionellen, sektorübergreifenden, gemeindebasierten psychiatrischen (Krisen-)Begleitung von Menschen in erstmaligen psychischen, bspw. psychotischen, Krisen. Nach seiner Entwicklung hat er sich weltweit verbreitet und wurde für unterschiedliche Gesundheitssysteme adaptiert. Der vorliegende Artikel beschreibt die strukturellen und therapeutischen Grundlagen des OD sowie seine Evidenz und fokussiert anschließend auf seine Umsetzungsmöglichkeiten und damit verbundene Hindernisse in Deutschland.

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de), E-Mail: [verlag@psychiatrie.de](mailto:verlag@psychiatrie.de)

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** Print für Privatkunden jährlich 45 Euro einschl. Porto, Ausland 45 Euro zzgl. 18 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

**Redaktionssekretariat:** Sandra Kieser

Fax 0221 167989-20

[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de), E-Mail: [si@psychiatrie.de](mailto:si@psychiatrie.de)

**Redaktion:**

Peter Brieger, München

Michael Eink, Hannover

Hermann Elgeti, Hannover

Eva-Maria Franck, Hildesheim

Sandra Kieser, Berlin

Silvia Krumm, Ulm

Klaus Nuißl, Regensburg

Annette Theißing, Hannover

Samuel Thoma, Berlin

Maike Wagenaar, Hannover;

Dyrk Zedlick, Leipzig

Autoren und Autorinnen:  
Kolja Heumann, Jenny Ziegenhagen,  
Mira Kuhlmann, Volkmar Aderhold



## Der Offene Dialog im psychiatrischen Hilfesystem in Deutschland

**Zusammenfassung** Der Offene Dialog (OD) ist ein ursprünglich in Westlappland entwickelter integrierter Ansatz der multiprofessionellen, sektorübergreifenden, gemeindebasierten psychiatrischen (Krisen-)Begleitung von Menschen in erstmaligen psychischen, bspw. psychotischen, Krisen. Nach seiner Entwicklung hat er sich weltweit verbreitet und wurde für unterschiedliche Gesundheitssysteme adaptiert. Der vorliegende Artikel beschreibt die strukturellen und therapeutischen Grundlagen des OD sowie seine Evidenz und fokussiert anschließend auf seine Umsetzungsmöglichkeiten und damit verbundene Hindernisse in Deutschland.

»Wozu möchten Sie dieses Gespräch nutzen?« »Was brauchen Sie jetzt?« – diese Fragen können irritieren, weil sie ungewohnt sind. Bei Menschen, die intensiv mit konventionellen psychiatrischen Einrichtungen in Kontakt waren, können sie einiges zum Einsturz bringen. Und zwar dann, wenn »psychisch krank« zum dominierenden Aspekt der eigenen Identität geworden ist, sie sich als defizitären Menschen betrachten und glauben, ohne Unterstützung und Behandlung nicht lebensfähig zu sein. Selbst Einfluss auf das eigene Leben nehmen zu können, scheint dann unmöglich zu sein. Spricht man mit Betroffenen, die versuchen sich aus dieser Situation zu befreien, hört man oft, dass dies keine notwendige Konsequenz der psychischen Probleme, sondern eher der Behandlungserfahrungen ist, durch die ein solches Selbstbild hervorgerufen wird. Und wie sollte es auch anders

sein: solange ein Mensch mit psychischen Problemen überwiegend isoliert von seinem häuslichen und sozialen Umfeld und oft auch mit nur rudimentärer Beachtung der Lebenssituation und -geschichte behandelt wird? Unter diesen Umständen bleibt nur eine Behandlung, die sich vor allem auf das Bekämpfen von Symptomen mit biochemischen Werkzeugen stützt.

Wie anders könnte sich ein Leben trotz psychischer Probleme entwickeln, wenn eine Person vor allem als Mensch mit unterschiedlichen Facetten und beeinflusst durch die ihn umgebende Welt betrachtet würde? Und was würde wohl geschehen, wenn dieser Mensch und sein soziales Umfeld sich nicht als Teil eines Problems, sondern als Gestalter einer Lösung sehen könnten? »Was brauchen Sie jetzt?« Diese Frage kann einen Raum öffnen, wenn sie

in einem Netzwerkgespräch in Gegenwart von Angehörigen oder anderen wichtigen Personen gestellt wird. Einen Raum, in dem gedacht, gefühlt, gesprochen, gehört und erlebt werden kann. Vielleicht weiß die Person nicht, was sie braucht, vielleicht kann sie es nicht sagen. Womöglich verstehen die Anwesenden nicht gleich, was mit einer Antwort gemeint sein könnte. Wichtig ist, dass die Beteiligten in Kontakt kommen, und sich nach und nach ein gemeinsames Verständnis entwickeln kann, von dem, was gerade passiert oder davon, wie es dazu gekommen ist oder was gemacht werden muss, damit sich etwas löst. Eine der schwersten Belastungen, die Menschen in und infolge von psychischen Krisen erleben, ist das Gefühl der Un-Verbundenheit: »Ich gehöre nicht dazu. Ich kann nichts dagegen tun.« Mit einer Krisenbegleitung im eigenen Lebensfeld kann es gelingen, den Blick wieder mehr auf

eine Wirklichkeit zu richten, die andere teilen können, oder Ängste hinter sich zu lassen und Wege zu finden, anders mit Schwierigkeiten umzugehen.

Die hier skizzierte Haltung ist ein Kernbestandteil des Offenen Dialogs (OD), einem integrierten, psychiatrischen Behandlungsansatz, der in den frühen 1990er-Jahren auf der Basis der bedürfnisangepassten Behandlung (Aderhold u. a. 2003) und inspiriert durch die Arbeit von Tom Andersen in Westlappland für Menschen mit einer erstmaligen psychischen, bspw. psychotischen, Krise (sog. Ersterkrankte) entwickelt wurde (vgl. Seikkula, Alakare 2015). In diesem Modell werden psychische und psychosoziale Krisen in erster Linie als Reaktionen auf biografische Erfahrungen und Lebensumstände verstanden (Seikkula 2019). Die Begleitung wird an den Lebensumständen und Bedürfnissen der begleiteten Personen orientiert, mit dem Ziel, die Behandlung mit und in ihrem sozialen Umfeld zu gestalten, ein gegenseitiges Verständnis zu fördern und gemeinsame Lösungen zu entwickeln.

Das Modell des OD besteht im Wesentlichen aus zwei Elementen, die eng miteinander verknüpft sind: einer gemeindebasierten Behandlungsstruktur und einer spezifischen dialogischen Gesprächskultur (Seikkula, Alakare 2015). Dabei sind die fünf organisatorischen Hauptmerkmale dieses systemischen Modells charakteristisch: (1) eine sofortige Hilfe in Krisen innerhalb von 24 Stunden, (2) der Einbezug des sozialen Netzwerks in Form gemeinsamer Netzwerkgespräche von Beginn an sowie (3) die flexible und mobile Behandlung ausgerichtet an den Bedürfnissen des Netzwerks und möglichst innerhalb des eigenen Lebensumfeldes (Hometreatment). Dabei haben die multiprofessionellen Teams (4) die Verantwortung für die Organisation und Durchführung des gesamten Behandlungsprozesses und (5) für die Sicherstellung von Beziehungskontinuität mit psychologischer Kontinuität (gemeinsames Verstehen) über den gesamten Behandlungsverlauf, d. h. bei Bedarf auch über Jahre.

Sämtliche weitere Therapieangebote, bspw. individuelle Psychotherapie oder nonverbale Therapieformen können je nach Bedürfnislage (*need adapted*) hinzukommen und werden in Netzwerkgesprächen koordiniert und integriert. Dies bezieht sich explizit auch auf den Umgang mit Medikation, die durch den sichernden Rahmen gemeinsamer Netzwerkgespräche oft nur selektiv

und nach gemeinsamer Absprache eingesetzt wird.

### Dialogische Netzwerktreffen

Zentrales Behandlungselement des OD sind von mindestens zwei Teammitgliedern moderierte Netzwerkgespräche mit wichtigen privaten und professionellen Bezugspersonen der Betroffenen: Menschen, die sich Sorgen machen, zu denen die Betroffenen Vertrauen haben, die Wissen aus der Vorgeschichte und zur aktuellen Situation beitragen können, und die bedeutsam für die weitere Entwicklung sind.

Diese Treffen sollten 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. Erfahrungen aus Finnland zeigen, dass die Frequenz der Netzwerktreffen bei psychotischen Krisen im Rahmen eines Hometreatments in den ersten sieben bis zehn Tagen oft fast täglich, und dann in immer größer werdenden Abständen stattfinden, sodass sie durchschnittlich fünf- bis siebenmal im Jahr durchgeführt werden.

Dialogische Netzwerkgespräche sind in erster Linie darauf ausgerichtet, die sozialen Netzwerke der Klient\*innen zu fördern und vielstimmige Dialoge zwischen allen Netzwerkmitgliedern anzuregen, um die verschiedenen Perspektiven hinsichtlich der aktuellen Situation und ihrer Vorgeschichte auszutauschen. So kann ein sicherer Rahmen für einen gemeinsamen offenen Prozess entstehen, der eine gute und nachhaltige Unterstützung ermöglicht.

Ein zentrales Ziel dabei ist, ein vertieftes gegenseitiges Verstehen der subjektiven Sichtweisen aller Gesprächsteilnehmer zu ermöglichen und so einen gemeinsamen Veränderungsprozess zur Überwindung der Krise anzustoßen. In diesen therapeutischen Dialogen wird die »erwachsene Seite« der Menschen in psychotischen u. a. Krisen angesprochen und gestärkt, zum Teil nie erzählte Teile der Lebensgeschichte mitgeteilt, und die Krisensituation so weit wie möglich normalisiert. Dadurch werden bestehende Ressourcen und die Handlungsfähigkeit im eigenen Leben gestärkt, Recoveryprozesse angestoßen und die Kooperation der Netzwerkmitglieder untereinander gefördert. Vorschnelle Schlussfolgerungen und Entscheidungen über die Behandlung werden

so vermieden und das Netzwerk wird dabei unterstützt, selbst Lösungen zu entwickeln.

Die wichtigen methodischen Elemente von dialogischen Gesprächen wurden durch sog. Schlüsselemente definiert (Olson u. a. 2014). Dazu gehören ein genaues, respektvolles Zuhören, das vertiefende Nachfragen in der Sprache des Netzwerkes, das Aufgreifen bedeutsamer »Gegenwartsmomente« (bspw. emotionale Äußerungen) sowie eine Fokussierung auf Beziehungsaspekte im Gespräch (bspw. durch zirkuläre Fragen) und auf lebensgeschichtliche Erfahrungen der Betroffenen statt auf Symptome. Unterschiedliche Sichtweisen (sog. Polyphonie/Vielstimmigkeit) werden durch die Moderator\*innen aktiv erfragt, was durchaus zu einer vorübergehenden Polarisierung und zu intensiven Gefühlen zwischen den Anwesenden führen kann, jedoch auch gemeinsame neue Sichtweisen entstehen lässt. Entsprechend verlangt dieser Ansatz von den Moderator\*innen das durchgehende Bemühen um Allparteilichkeit während der Netzwerktreffen (Olson u. a. 2014). Probleme und problematische Verhaltensweisen werden normalisierend und als verstehbare Reaktion im Lebenskontext aufgegriffen. Eigene Sichtweisen und Gedanken stellen die Moderator\*innen dem Netzwerk möglichst transparent, oft in Form von Reflexionen untereinander (»Reflektierendes Team«), zur Verfügung. Eine ausführlichere Darstellung der dialogischen Gesprächsführung (Heumann u. a. 2021; Seikkula, Alakare 2015) und zu psychosespezifischen Aspekten (Aderhold 2019) findet sich an anderer Stelle.

### Evidenz und Wirkweise

Der OD wurde von Beginn an wissenschaftlich begleitet und zwischen 1992 und 2005 in drei Kohortenstudien mit erkrankten Menschen mit nicht-affektiven Psychosen über zwei bzw. fünf Jahre (Seikkula u. a. 2006, 2011) untersucht. Dabei zeigte sich in allen Kohorten eine geringe Hospitalisierungsrate und -dauer, eine vollständige Abnahme der psychotischen Symptome bei ca. 80% sowie eine im Vergleich sehr geringe Rückfallhäufigkeit (20 bzw. 30%). Das ist umso erstaunlicher, als dass eine neuroleptische Medikation nur selektiv erfolgte, zu Beginn – nach meist mehrwöchiger Begleitung ohne Neuroleptika – bei nur 28% bzw. 50% und im 2- bzw. 5-Jahresverlauf bei 11% bzw. 28%. Zudem konnten ca. 80% in ihre Berufstätigkeit oder Ausbildung zurückkehren und nur ein geringer Anteil musste Sozialleistungen in Anspruch

nehmen. Eine kürzlich publizierte Langzeitstudie der ursprünglichen Studienkohorten nach 19 Jahren im Vergleich zu einer finnlandweiten Kontrollgruppe bestätigt diese Befunde im Wesentlichen (Bergström u.a. 2018). Seit 2019 wird in Großbritannien eine erste cluster-randomisierte Studie zum OD mit einem diagnoseübergreifenden Krisenfokus durchgeführt, die vom National Health Service finanziert wird. Ein wichtiger Schritt zur weiteren Evidenz-Basierung des Ansatzes.

Obwohl sich die Mehrzahl dieser Studien auf die Behandlung erstmaliger psychotischer Störungen von meist jungen Menschen beziehen, werden in der Alltagspraxis die Prinzipien des Ansatzes nicht als diagnosespezifisch angesehen. Dies unterstreicht die Relevanz der strukturellen Elemente des OD, insbesondere der schnellen Intervention in Krisen, der Netzwerkorientierung und Beziehungskontinuität.

Bei Menschen mit bereits länger andauernden psychischen Problemen bedarf es weiterer Wirksamkeitsstudien. Netzwerkarbeit stellt hier eine besondere Herausforderung dar, da soziale Netzwerke häufig nicht mehr bestehen. Die professionellen Unterstützer\*innen sind hier meist gefordert, sich als Teil des Netzwerkes zu sehen und einzubringen. Darüber hinaus alte Freunde und Angehörige für Netzwerkgespräche zu aktivieren, braucht oft Zeit und Geduld der Professionellen.

### Umsetzung in Deutschland

Durch die beeindruckenden Ergebnisse der Begleitevaluation in Finnland hat sich der OD in den vergangenen zwanzig Jahren in diversen Ländern weltweit verbreitet. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass die vollständige Implementierung des Modells oft eine erhebliche Umstrukturierung des Versorgungssystems erfordert. Entscheidend für das Gesamtmodell sind dabei ambulante, mobile, multiprofessionelle Teams mit der Möglichkeit, auch akute Krisen im häuslichen Kontext mit der notwendigen Kontinuität zu behandeln und zu begleiten. Dieses strukturelle Kernelement wurde auch in den S3-Leitlinien für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der DGPPN (2018) aufgrund höchster wissenschaftlicher Evidenz (Ia) mit einer Soll-Empfehlung versehen. Der Ansatz des OD wird dort dargestellt und als »für die Zielgruppe der vorliegenden Leitlinie sehr

relevant« beurteilt (2018, S. 108). Trotz dieser Empfehlungen gibt es in Deutschland keine regelhafte Finanzierung derartiger Strukturen. So bestimmen die konkreten Versorgungsbedingungen und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wesentlich darüber, welche Elemente des OD im Alltag Anwendung finden und verstetigt werden können.

Bisher wird der OD in Deutschland zumeist unter Bedingungen einer Modellfinanzierung (§§ 64b, 140a SGB V oder regionale Budgets) umgesetzt (von Peter u.a. 2020). Innerhalb der Regelversorgung haben zudem einzelne Projekte im Rahmen der stationärsersetzenden Behandlung (StäB) begonnen, nach einzelnen Prinzipien und Praxisformen des OD zu arbeiten. Eine langfristig positive Auswirkung wird sich aufgrund der auf wenige Wochen begrenzten StäB-Behandlung voraussichtlich nur dann entfalten können, wenn nach Abschluss der Behandlung eine kontinuierliche Weiterbegleitung unter Beteiligung des Netzwerkes ermöglicht werden kann (z. B. im Rahmen der Nutzung der PIA). Auch im komplementären Bereich haben verschiedene Träger sowohl mit staatlicher Finanzierung (SGB XII) als auch unter den Vorgaben des neuen Bundesteilhabegesetzes begonnen, wichtige Elemente des OD zu integrieren, bspw. im Rahmen des Betreuten Wohnens, der Teilhabeberatung, innerhalb einzelner sozialpsychiatrischer Dienste und im Rahmen der Jugendhilfe. Dabei zeigen die Erfahrungen, dass außerhalb von akuter Krisenbegleitung bereits eine durchschnittliche Frequenz von vier bis sechs dialogischen Netzwerkgesprächen im ersten Jahr (danach abfallend) deutliche Effekte haben kann.

Insgesamt integrieren in Deutschland ca. fünfzig (sozial-)psychiatrische Organisationen zumindest einen Teil der Prinzipien des OD in ihre Arbeit, wie die Ergebnisse eines internationalen Projekts zur Verbreitung des OD zeigen (<https://www.hopendialogue.net/survey/>). Dies stellt im internationalen Vergleich zwar eine recht hohe Verbreitung dar, gleichzeitig zeigt die begleitende Befragung in diesem Projekt jedoch deutliche Einschränkungen in der Umsetzung.<sup>1</sup> Demnach ist es in der Mehrheit (65%) der Einrichtungen nach Einschätzung leitender Mitarbeiter\*innen derzeit nicht möglich, ihren Klient\*innen regelhaft Netzwerkgespräche anzubieten. Einige Einrichtungen (17%) bieten nicht für alle Klient\*innen Netzwerkgespräche an. Bedenkt man, dass Netzwerkgespräche das Kernelement des OD darstellen, ist diese Bilanz ernüchternd.

Die Umsetzung des vollständigen Modells ist in Deutschland bis heute nicht gelungen. Problematisch in diesem Zusammenhang ist, dass die Bemühungen in den Modellregionen gemäß § 64b und 140a SGB V nicht zum Aufbau von systematisch sektorübergreifenden Versorgungsmodellen geführt haben. Zwar sind viele Versorgungsmodelle im Rahmen des § 64b settingübergreifend zwischen voll-, teilstationärer und ambulanter Behandlung strukturiert, beschränken dies aber weitgehend auf den Rahmen des Krankenhaussektors. Umgekehrt nutzten vor allem ambulante Leistungsanbieter den OD-Ansatz im Rahmen des § 140a SGB V, wobei jedoch Behandlungsabbrüche im Fall einer stationären Behandlung entstehen. Eine langfristige, über Jahre andauernde Behandlungskontinuität, wie sie in der ursprünglichen Anwendung des OD üblich ist, ließ sich in beiden Modellen selten umsetzen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Fragmentierung des Versorgungs- und Vergütungssystems sowie die mangelhafte Finanzierung von ambulanten Komplexleistungen eine Umsetzung des OD erheblich erschwert und in der gesamten Komplexität verunmöglicht. Hinzu kommt die ausgeprägte Eigendynamik von Institutionen, in denen nachhaltige komplexe innovative Prozesse oft gegen andere Partialinteressen, Widerstände und Trägheitsmomente in Gang gesetzt werden müssen. Letztlich ist für eine Umsetzung entscheidend, ob die Leitenden auf allen Ebenen dies wollen und nachhaltig unterstützen.

### Perspektiven

Dennoch bieten sich auch unter den bestehenden Bedingungen Möglichkeiten für eine umfassendere Umsetzung des OD in Deutschland. So stellen die Rahmenbedingungen und die Werteorientierung des BTHG grundsätzlich eine sehr günstige Voraussetzung für eine Einführung im komplementären Bereich dar, auch wenn Ersterkrankte dabei weitgehend ausgeschlossen bleiben. Das BTHG erkennt vor dem Hintergrund der UN-BRK die »volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe«, die Entwicklung von Selbstständigkeit und -verantwortung, ein »Höchstmaß an Selbstbestimmung«, »individuelle Lebensplanung« sowie »Wunsch- und Wahlrecht« der Klient\*innen für die Form »des Wohnens, die Gestaltung des Alltags und die Teilhabe an Kulturangeboten« als zentrale Werte und Rechte an. Zentrale Aspekte der Umsetzung sollen dafür personenzentrierte, bedarfs- und bedürfnisorientierte »Assistenzleistungen zur

sozialen Teilhabe« und multiprofessionelle, auch trägerübergreifende Vernetzung sein. Dies entspricht vollständig der Haltung, den Gestaltungsprinzipien und der dialogisch systemischen Methodik des OD.

Ferner ist der Aufbau sektorenübergreifender fallspezifischer Teams denkbar, deren Mitarbeiter aus unterschiedlichen Finanzierungssystemen vergütet würden. Ein Richtung gebendes Modell dafür ist das funktionale Basismodell (Wienberg, Steinhart 2020), das eine konzeptuelle Antwort auf die fragmentierte Versorgung bietet, indem es zwar Mindeststandards zur Sicherstellung der wichtigen Funktionen in einer Versorgungsregion formuliert, dabei aber wenige Festlegungen für die strukturelle und organisatorische Umsetzung vorgibt. Eine weitreichende Umsetzung des OD wäre allerdings wohl erst möglich, wenn ambulante, multiprofessionelle und kontinuierliche Teams für die (akute) Begleitung im Lebensumfeld, d.h. Behandlungsstrukturen entsprechend der erwähnten S3-Leitlinie, zu einer Krankenkassenleistung werden würden.

#### Anmerkung

1 Artikel in Vorbereitung, über die Verfasser zu erhalten.

#### Literatur

- ADERHOLD V, ALANEN YO, HESS G, HOHN P (Hg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen, Psychosozial Verlag
- ADERHOLD V (2019): Das Konzept von Psychosen und die Antwort des Offenen Dialoges. *Familiendynamik*; 44: 54–62
- BERGSTRÖM T, SEIKKULA J, ALAKARE B u. a. (2018): The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res.*; 270: 168–175
- DGPPN (Hg.) (2018): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Springer Verlag
- HEUMANN K, BRÖHLING-KUSTERER J, ADERHOLD V (2018): Der Offene Dialog – Netzwerkgespräche als Leitidee therapeutischen Handelns. *Psychotherapeut*, 66: 496–500
- OLSON M, SEIKKULA J, ZIEDONIS D (2014): The key elements of dialogical practice in open dialogue: fidelity criteria. Online verfügbar: <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
- SEIKKULA J (2019): Psychosis Is Not Illness but a Survival Strategy in Severe Stress: A Proposal for

an Addition to a Phenomenological Point of View. *Psychopathology*; 52: 143–150

SEIKKULA J, AALTONEN J, ALAKARE B, HAARAKAN-GAS 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: 214–228

SEIKKULA J, ALAKARE B (2015): Bedürfnisangepasste Behandlung und offener Dialog, *Psychotherapie im Dialog*; 16: 28–33

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: 1–13

VON PETER S, HEUMANN K, KUHLMANN M, ADERHOLD A (2020): Der Offene Dialog und seine Anwendung in Deutschland. *Psych. Pflege Heute*; 26: 191–198

WIENBERG G, STEINHART I (2020): Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update *Psychiatr Prax*; 47: 9–15

#### Autorinnen und Autoren

##### **Kolja Heumann**

Psychologe & Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Trainer zum Offenen Dialog, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

##### **Jenny Ziegenhagen**

Genesungsbegleiterin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane

##### **Mira Kuhlmann**

Systemische Therapeutin, in Weiterbildung zur psych. Psychotherapeutin, Psychiatrisches Behandlungszentrum Bremen-Nord

##### **Volkmar Aderhold**

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin; Lehrender für Systemische Therapie und Beratung (DGSPF); Trainer zum Offenen Dialog; Gastwissenschaftler an der Klinik für Psychiatrie, Charité, Berlin.

## Berufsbegleitende Ausbildung Musiktherapie – BWM

- Musiktherapie als tiefenpsychologisch orientiertes Psychotherapie-Verfahren
- Berufsbegleitende 3 ½-jährige Ausbildung
- **Ausbildungsbeginn pandemiebedingt auf Ende März 2022 verschoben!**
- **Bewerbungsfrist verlängert bis 28. Februar 2022!**
- Aufnahmeprüfung nach Vereinbarung



Lassen Sie sich unsere Broschüre zuschicken!



**Institut für Musiktherapie**  
Freies Musikzentrum e.V. München  
Ismaninger Str. 29  
81675 München

089 - 41 42 47 - 0  
info@freies-musikzentrum.de  
www.freies-musikzentrum.de