

Publikation	Studientyp	Laufzeit	Daten	Ergebnisse
1. Tuori et al. (1998). <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> , 97(1), 10-17.	Evaluation	10 Jahre	Daten der Jahre 1982-1992 (Diagnose F20, Datum der Aufnahme und Entlassung) und Fragebögen aus 67 psychiatrischen Einzugsgebieten (105-Items zu Änderungen in der Behandlungspraxis; 79% Rücklauf) Neuer Langzeitpatient: erstmals > 1 Jahr < 2 Jahre ohne Unterbrechung in stationärer Behandlung Alter Langzeitpatient: > 2 Jahren	↓ Neue Langzeitpatienten (-60%) ↓ Alte Langzeitpatienten (-68%) ↑ zeitlicher Abstand zwischen erster Aufnahme in eine psychiatrische Klinik und Erfüllung der Kriterien als neuer Langzeitpatient Größter Rückgang nach 1986 -> Veränderung der Behandlungspraktiken für schizophrene Patienten in Finnland von der institutionalisierten Versorgung zu einem offenen, pflegeorientierten System
2. Lehtinen et al. (2000). <i>European Psychiatry</i> , 15(5), 312-320.	Multizentrische Kohortenstudie	2 Jahre	106 Patienten an 6 Standorten 3 Standorte (VG, n=84) verwendeten Neuroleptika minimal, 3 (KG, n=51) gemäß der üblichen Praxis Einschluss: Erstepisode F20, F22, F23, F25 Zielparameter: Gesamtdauer des Krankenhausaufenthaltes, Auftreten psychotischer Symptome im letzten Folgejahr, Berufstätigkeit, GAS-Score, Grip on Life Auswertung	Keine Medikation: VG=42,9 %, KG=5,9 % Behandlungsergebnis der VG etwas besser als KG VG mehr intensive Familientherapie als KG VG: ↓ stationäre Verweildauer, ↓ psychotische Symptome im letzten Jahr, ↑ GAS-Score KG: 3x ↑ Risiko für psychotische Symptome während des letzten Kontrolljahres
3. Seikkula et al. (2001). <i>Journal of Constructivist Psychology</i> , 14(4), 267-284.	Fallserie (+ 2 Fallanalysen)	7 Jahre	Daten von 78 Patienten (Erstepisode F2X) bei Nachuntersuchung nach 2 Jahren Vergleich von Fällen mit schlechtem (N = 17, 13 Pat. mit Erwerbsminderungsrente und 4 mit mäßigen oder schwereren psychotischen Restsymptomen) und gutem (N = 61, erwerbstätige Patienten)	Keine Unterschiede in Anfangssymptomatik (BPRS) und Gesamtfunktion (GAF) zu Beginn. Sign. Unterschiede in Erwerbsstatus und Qualität des Netzwerkes vor Krise. Sign. Unterschiede in der Dauer der unbehandelten psychotischen (DUP) oder prodromalen Symptome.

			<p>mit nicht mehr als leichten psychotischen Restsymptomen) Verlauf</p> <p>Zielparameter: Medikation, Anzahl stationärer Behandlungstage, Funktionsniveau (GAF), Symptomlast (BPRS), Erwerbsstatus</p>	<p>Pat. mit + Outcome: ↓ Neuroleptika Pat. mit - Outcome: ↑ stationäre Behandlungstage ↑ Neuroleptika Stärkste prämorbid Merkmale: Beschäftigungsstatus und Qualität des sozialen Netzwerks. Diagnose und Dauer der prodromalen und psychotischen Symptome eng mit schlechtem Outcome verbunden. Qualitative Analyse: statistische Unterschiede weniger wichtig als Möglichkeit des konstruktiven Dialoges.</p>
4. Seikkula, J. (2002). <i>Journal of marital and family therapy</i> , 28(3), 263-274.	Qualitative Studie (API/ODAP)	2002	<p>Sequenzanalyse von 20 Fällen (Paarvergleich)</p> <p>N=10: schlechter Verlauf (Erwerbsminderungsrente bzw. mäßigen oder schwereren psychotischen Restsymptomen) N= 10: guter Verlauf (Erwerbstätig mit nicht mehr als leichten psychotischen Restsymptomen)</p> <p>Übereinstimmende Variablen hinsichtlich: Alter, Geschlecht, Diagnose, Dauer der unbehandelten Psychose, Erwerbsstatus, Qualität des Netzwerkes</p>	<p>+ Outcome: Hohe Dominanz (55-57%), Semantische Dominanz (70% der Sequenzen), Hohes Maß an symbolischer Sprache (38-75%), Dialog > Monolog</p> <p>- Outcome: Geringe Dominanz (10-35%), wenig symbolische Sprache (0%-20%), mangelnde Reaktion der Behandler auf den Patienten</p> <p>Bei symbolischer Sprache blieb der Dialog länger bei einem bestimmten Thema.</p> <p>Kein Unterschied in der quantitativen Dominanz.</p>
5. Seikkula et al. (2006). <i>Psychotherapy</i>	Fallserie + 2 Fallstudien (API/ODAP)	5 Jahre	Vergleich von Baseline, 2 und 5-Jahres-Nachuntersuchungen zweier Patientengruppen (Erstepisode F2X), die eine vor (API; n=33) und die andere	Nachuntersuchung nach 5 Jahren: 82% der ODAP und 76% der API-Gruppe keine remanenten psychotischen Symptome, 70 % der API und 76 % der ODAP-Gruppe waren

<p><i>research, 16(02), 214-228.</i></p>			<p>während der fortgeschrittenen Phase der Anwendung des OD-Ansatzes in allen Fällen (ODAP; n=42).</p> <p>Zielparameter: Beruflicher Status, Dauer der unbehandelten Psychose (DUP), Anzahl stationärer Behandlungstage, Anzahl Netzwerktreffen, Einsatz von Neuroleptika und individueller Psychotherapie, erneute Aufnahme, Symptomlast (BPRS, GAF, SCPS)</p> <p>Analyse von zwei Fällen aus beiden Zeiträumen zur Veranschaulichung des Behandlungsprozesses in verschiedenen Phasen der Entwicklung des OD</p>	<p>berufstätig, 27 % der API-Gruppe und 14 % der ODAP-Gruppe lebten von Erwerbsminderungsrente. Keine Unterschiede in der Medikation.</p> <p>ODAP-Gruppe: ↓ stationäre Behandlung in den ersten zwei Jahren, ↓ Symptomlast nach 2 Jahren, ↓ Netzwerktreffen den Jahren 2-5</p> <p>Fallstudien machen deutlich, dass die Behandlung von Psychosen in der Familie eine viel weitreichendere Lebenserfahrung ist, als nur die Bewältigung der Symptome.</p>
<p>6. Seikkula et al. (2011). <i>Psychosis, 3(3), 192-204.</i></p>	<p>Fallserie (API/ODAP)</p>	<p>1992 - 2005</p>	<p>Vergleich von Baseline, 2 und 5-Jahres-Nachuntersuchungen dreier Patientengruppen (Erstepisode F2X), die eine vor (API; n=33), eine während der fortgeschrittenen Phase der Anwendung des OD-Ansatzes in allen Fällen (ODAP; n=42) und eine in der Phase der vollständigen Implementierung (ODAP2; n=18)</p> <p>Zielparameter: Beruflicher Status, Dauer der unbehandelten Psychose (DUP), Anzahl stationärer Behandlungstage, Anzahl Netzwerktreffen, Einsatz von Neuroleptika und individueller Psychotherapie, erneute Aufnahme, Symptomlast (BPRS, GAF, SCPS)</p>	<p>80% < keine verbleibenden psychotischen Symptome (API, ODAP, ODAP2) ↓ Anzahl stationärer Behandlungstage</p> <p>ODAP, ODAP2: mehr als 84% in Ausbildung, Beruf oder Arbeitssuche, gleichbleibend über einen Zeitraum von 10 Jahren bei verschiedenen versch. Patienten</p> <p>, ODAP2: ↓ anhaltende Symptome, ↑ BPRS-Score, ↓ Dauer der unbehandelten Psychose (0,5 Monate), ↓ durchschnittliches Alter</p>

<p>7. Aaltonen et al. (2011). <i>Psychosis</i>, 3(3), 179-191.</p>	<p>Fall-Kontroll-Studie</p>	<p>10 Jahre</p>	<p>250 Patienten im Erstkontakt zwischen 15-44 Jahren (F20, n=84; F 20.8, n=30; F23.9, n=19; F28, n=22; Prodromalphase, n=95)</p> <p>Zielparameter: Inzidenz, Anzahl stationärer Behandlungstage</p> <p>Vergleich der Jahre 1990-1994 (experimentelles Programm OD) mit den Jahren 1985-1989 (vor der Einführung OD) im gleichen geographischen Gebiet.</p>	<p>Inzidenz aller schizophrenen Erkrankungen deutlich zurückgegangen (mittlere jährliche Inzidenz von 30,3 auf 17,1). Rückgang in dieser Gruppe nur bei Schizophrenie (mittlere jährliche Inzidenz von 24,5 auf 10,4) -> weniger psychiatrische Krisen entwickelten sich zur Schizophrenie.</p> <p>Inzidenz anderer nicht-effektiver Psychosen und der Prodromalstatus haben sich nicht signifikant verändert, die Inzidenz kurzer psychotischer Reaktionen hat sich erhöht (mittlere jährliche Inzidenz von 1,2 auf 6,7)</p> <p>Durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungstage im Distrikt (30 Tage) < Finnland (49 Tage)</p> <p>55% < 10 Tage in stationärer Behandlung</p> <p>Zahl neuer Langzeit-Patienten im Krankenhaus (Patient stationär >1 Jahr) fiel 1992 auf 0, seitdem keine neuen Langzeitpatienten.</p>
<p>8. Gordon et al. (2016). <i>Psychiatric Services</i>, 67(11), 1166-1168.</p>	<p>Machbarkeitsstudie, Mixed-Methods: standardisierte und qualitative Befragungen (Erste OD Studie/USA)</p>	<p>1 Jahr</p>	<p>14 Patienten zwischen 14 und 35 Jahren (Diagnosen bei Aufnahme: F2X (N=12), F3X (N=2); Diagnostik nach 1 Jahr: F2X (N=7), F3X (N=5), F84 (N=1), F42 (N=1))</p> <p>Zielparameter: Kosten, Medikation, Anzahl stationärer Behandlungstage, Arbeitsstunden/Monat, Zufriedenheit, Symptomlast, Funktionsniveau</p>	<p>Hohe Bewertung der Zufriedenheit und partizipativer Entscheidungsfindung (indiziert gute Behandlungsergebnisse).</p> <p>↓ Symptomatik, ↑ Funktionsniveau</p> <p>↓ Pflegebedarf, ↓ stationäre Behandlungstage</p> <p>Steigerung Schul- oder Arbeitsstunden/Monat</p>

			<p>Datengewinnung anhand von Krankenakten, Fragebögen (BPRS, BASIS-R, SCLFS, DSES, SDMQ, CSQ), sowie Qualitativen Interviewdaten.</p>	<p>3/6 begannen medikamentöse Therapie. 4/8 setzten Neuroleptika ab.</p> <p>Qualitative Interviews: Hohe Zufriedenheit bezgl. Offenheit, Transparenz, kooperative Atmosphäre, Kritik bzgl. Mangel an klarer medikamentöser Ausrichtung und Bedarf an zusätzlichen Sozialdiensten.</p> <p>Behandler: Hohe Zufriedenheit, gut ausgebildet nach 2 Jahren Training, Möglichkeit, Patienten und Familien besser einzubeziehen.</p> <p>Erhebliche Kosten problematisch.</p>
<p>9. Bergström et al. (2017). <i>Psychosis</i>, 9(4), 310-321.</p>	<p>Retrospektive Kohortenstudie (API/ODAP)</p>	<p>23 Jahre</p>	<p>Untersuchung der psychiatrischen Langzeitversorgung Datenerhebung anhand Krankenakten von Patienten, die in den Jahren 1992-2005 erstmals an einer Psychose erkrankten und während der Beobachtungsjahre (1992-2015) kontinuierlich im Einzugsgebiet lebten (N = 65).</p> <p>Zielparameter: Krankenhausaufnahmen, Medikation, ambulante Behandlung, Behandlungsdauer</p>	<p>Mehrheit =1 oder <1 Krankenhausaufnahmen 95 % < 1 Jahr stationäre Behandlung 74 % Keine Medikation bei Erstkontakt 45% Keine Medikation in Gesamtzeit</p> <p>Mehrzahl der Behandlungsgespräche im Netzwerk bei Erstkontakt</p> <p>Zusammenhang zwischen aggressivem Verhalten und höherem Bedarf an Krankenhaus- und medikamentöser Behandlung</p>
<p>10. Bergström et al. (2018). <i>Psychiatry research</i>, 270, 168-175.</p>	<p>Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie</p>	<p>19 Jahre</p>	<p>108 Patienten OD, 1763 Patienten in KG zwischen 16-50 Jahren</p> <p>Einschluss: Erstepisode F2X / keine psychiatrische Vorbehandlung</p>	<p>Geringere Anzahl stationärer Behandlungstage (OD: M=63.1 (SD=131) / KG: M=340.4 (SD=359))</p> <p>Weniger Wiederaufnahmen (OD M= 3.2 (SD=4.7) / KG M=7 (SD=6.5))</p>

			Zielparameter: Anzahl stationärer Behandlungstage, Wiederaufnahmen, Medikation, Bewilligung Erwerbsminderungsrente, Sterberaten	↓ Neuroleptika (36 % OD, 81 % CG), ↓ Anzahl von Jahren, in denen Erwerbsminderungsrente bezogen wurde (OD: M=3.4 (SD=5.5) / KG: 9.7 (SD=8.1)) Suizidrate einzige Variable, in der keine günstige Veränderung im Vergleich zu KG aufgetreten ist.
11. Freeman et al. (2018). <i>Psychiatric Services</i> , 70(1), 46-59.	Review	Veröff. bis 01/2018	23 Studien (Mixed-Methods, qualitative und quantitative Designs, Fallstudien) Zielparameter: Symptomlast, Medikation, Verweildauer KH, OD-Prinzipien und Anwendung	Studienanzahl gering Hohes Risiko für Bias

1. Tuori, T., Lehtinen, V., Hakkarainen, A., Jääskeläinen, J., Kokkola, A., Ojanen, M., ... & Alanen, Y. (1998). The Finnish National Schizophrenia Project 1981–1987: 10-year evaluation of its results. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 10-17.
2. Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., & Syvälahti, E. (2000). Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed?. *European Psychiatry*, 15(5), 312-320.
3. Seikkula, Birgitta Alakare, Jukka Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 267-284.
4. Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of marital and family therapy*, 28(3), 263-274.
5. Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy research*, 16(02), 214-228.

6. Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis, 3*(3), 192-204.
7. Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis, 3*(3), 179-191.
8. Gordon, C., Gidugu, V., Rogers, E. S., DeRonck, J., & Ziedonis, D. (2016). Adapting open dialogue for early-onset psychosis into the US health care environment: A feasibility study. *Psychiatric Services, 67*(11), 1166-1168.
9. Bergström, T., Alakare, B., Aaltonen, J., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., & Seikkula, J. (2017). The long-term use of psychiatric services within the Open Dialogue treatment system after first-episode psychosis. *Psychosis, 9*(4), 310-321.
10. Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research, 270*, 168-175.
11. Freeman, A. M., Tribe, R. H., Stott, J. C., & Pilling, S. (2018). Open dialogue: a review of the evidence. *Psychiatric Services, 70*(1), 46-59.