

Über den Dialog vom Monolog zum Trialog

**Entwicklung eines Konzepts für die Peer-Arbeit mit psychisch
belasteten Eltern**

DAS - Abschlussarbeit

Ines Langenegger

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit
Studiengang Experienced Involvement 2010 – 2012

Studienleiter: Prof. Andreas Heuer
Meinisberg, 23. März 2012

Abstract

Psychisch kranke Eltern leiden oft unter dem Bewusstsein, dass sie ihren Kindern nicht mehr das geben können, was diese eigentlich bräuchten. Es können folgende Probleme hinzukommen: Tabuisierung der psychischen Krankheit – soziale Isolation – Angst der Eltern, ihre Kinder krankheitsbedingt zu *verlieren* – Ambivalenz, Hilfe für sich und/oder für die Kinder in Anspruch zu nehmen – Ausblenden der Kinder durch die behandelnden Fachleute.

Das Bedürfnis psychisch belasteter Eltern sich untereinander auszutauschen und die Tatsache, dass sich der Fokus bei der Behandlung meist ausschliesslich auf den erkrankten Elternteil richtet, bewog mich, ein Konzept für die Peer-Arbeit mit Eltern zu entwickeln.

Das Konzept besteht aus einer *Eltern Recovery-Gruppe* und dem *Triolog psychisch belasteter Eltern*. Sie stehen im Fokus dieser Arbeit. Ausgehend von der Recovery- und Triolog-Definition, führt die Arbeit zu den Rahmenbedingungen für die praktische Umsetzung. Daraus entwickelt sich die Frage: *Für wen darf welcher Nutzen erwartet werden?* Es erscheint berechtigt anzunehmen, dass Eltern, welche aktive Verantwortung für ihre psychische Krankheit übernehmen, eine positive Wirkung auf ihre Kinder haben.

Die Arbeit zeigt unter anderem auf, dass eine Recovery-Gruppe und deren Verknüpfung mit einem Triolog, eine Schlüsselfunktion zur Überwindung von Schuld- und Schamgefühlen inne hat. Das Konzept könnte künftig dazu beitragen, Empowerment bei Betroffenen und die Implementation von Recovery-Elementen in psychiatrischen Strukturen zu unterstützen. Durch die Sensibilisierung aller drei Parteien im triologischen Diskurs, könnte der Umgang mit Kindern psychisch belasteter Eltern verbessert werden und damit auch eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der betroffenen Eltern erreicht werden.

Aus den Ergebnissen vorhandener Literatur und reflektiertem Erfahrungswissen geht hervor, wie wichtig es ist, sich gegenseitig aktiv auszutauschen und mehr von sich zu zeigen. Es ist die Basis für gegenseitiges Vertrauen, woraus nachhaltige *Gesundheit* wachsen kann.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
1 Vorwort	4
2 Einleitung	5
2.1 Ausgangslage und Problemstellung.....	5
2.2 Zielsetzung und Abgrenzung der Arbeit.....	6
2.3 Methodologie.....	6
3 Grundlagen (theoretischer Teil)	7
3.1 Recovery in Theorie und Praxis	7
3.1.1 Recovery: Definition	8
3.2 Trialog in Theorie und Praxis.....	9
3.2.1 Trialog: Definition	11
4 Möglichkeiten zur Umsetzung (praktischer Teil)	13
4.1 Konzept: Eltern Recovery-Gruppe.....	13
4.1.1 Ziele: Eltern Recovery-Gruppe.....	15
4.1.2 Fazit: Eltern Recovery-Gruppe.....	15
4.2 Konzept: Trialog.....	16
4.2.1 Ziele: Trialogische Verknüpfung der Eltern Recovery-Gruppe.....	17
4.2.2 Fazit: Trialog.....	18
5 Ergebnisse	19
6 Schlussfolgerung	20
6.1 Konsequenzen für die Praxis.....	20
6.2 Diskussion und offene Fragen.....	21
7 Literaturverzeichnis	24
8 Anhang	27
8.1 Anhang 1: Flyer Eltern Recovery-Gruppe.....	27
8.2 Anhang 2: Flyer Trialog (Titelblatt).....	28

1 Vorwort

Eine psychische Erkrankung der Eltern ist nach wie vor ein gesellschaftliches Tabu, welches bis zur Stigmatisierung führen kann. Dadurch kann der Zugang zu Hilfen für die Eltern und deren Kinder erschwert sein. Durch den Einbezug von *Expertinnen* und *Experten durch Erfahrung* (Peers) sehe ich eine grosse Chance, einerseits für betroffene Eltern und deren Kinder, und andererseits für die ganze psychiatrische Versorgung. Recovery Konzepte und Betroffenenpartizipation (*peer involvement*) haben sich in den nördlichen Ländern Europas bewährt. Eine Eltern Recovery-Gruppe mit zusätzlichem theoretischem Wissen von Fachkräften, wäre mir selbst sehr hilfreich gewesen.

Mit ein Grund, warum ich mich für dieses Thema entschieden habe, ist auch die moralische Verpflichtung jedes einzelnen, sich für das Wohlergehen seiner Mitmenschen zu interessieren. Meine Überlegungen beruhen jedoch nicht nur auf Empathie, sondern auch auf Introspektion, da ich vor dem Hintergrund eigener Betroffenheit schreibe. Da ich selbst Mutter von drei Söhnen bin, seit drei Jahren rezidivierende depressive Episoden durchstehe und infolgedessen Kliniken sowie intensive psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen habe, betrete ich mit diesem Thema kein Neuland. Der Studiengang Experienced Involvement (EX-IN, Einbezug von Psychiatrie-Erfahrenen) der Berner Fachhochschule Gesundheit (bfh), meine Familie, insbesondere meine drei Söhne, haben wegweisend zu meinem grundsätzlichen Interesse an der Thematik geführt.

2 Einleitung

Einleitend wird die Ausgangslage und die Problemstellung rund um die Thematik Eltern, Recovery und wie ein Konzept für die Peer-Arbeit mit Eltern umgesetzt werden könnte, behandelt. Durch die Aufarbeitung dieses Konzepts, basierend auf Erfahrungswissen und aktueller Literatur, wird die mögliche Umsetzung in die Praxis formuliert.

2.1 Ausgangslage und Problemstellung

Psychisch kranke Eltern leiden oft unter Scham- und Angstgefühlen. Diese können zur Tabuisierung der psychischen Krankheit führen. Nicht selten haben die Eltern Angst ihre Kinder krankheitsbedingt zu verlieren. Sie können infolgedessen ambivalent werden professionelle Hilfe für sich und wenn nötig für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen. Die Hilfesysteme orientieren sich vor allem an den Eltern, bei denen die Belastung sichtbar wird. Auch wenn in den letzten Jahren die Kinder psychisch kranker Eltern zunehmend als betroffene Angehörige wahrgenommen wurden, ist ihre Berücksichtigung nach wie vor gering (vergl. Gurny, Cassée, Gavez, Los, & Albermann, 2006).

Gestützt auf diese Tatsachen strebe ich die Sensibilisierung professionell Tätiger in der Psychiatrie, sowie Betroffener und Angehöriger an. Dadurch soll der oft unzureichende Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern verbessert werden, mögliche Schuld- und Schamgefühle abgebaut und die Hemmschwelle, über ihre psychische Erkrankung zu sprechen, gesenkt werden.

Was gilt es zu tun, um einerseits die Eltern betreffend der möglichen Auswirkungen und Schwierigkeiten ihrer Kinder zu sensibilisieren, und andererseits ressourcenorientiert zu unterstützen?

Die Vermutung liegt nahe, dass es in einer Gruppe einfacher sein kann, Bewältigungskompetenzen und Ressourcen eines Elternteils anzuregen und zu fördern. Primär sehe ich die Chance in einer Recovery-Gruppe den Optimismus auf neue empowermentorientierte Formen bei Psychiatrie-Erfahrenen zu wecken. Sekundär erscheint mir der regelmäßige Kontakt der betroffenen Eltern mit Angehörigen und Fachpersonen im offenen Diskurs als relevant.

Dadurch ergibt sich das Wortspiel des Titels der Arbeit. **Über den Dialog**→ Eltern Recovery-Gruppe, **vom Monolog**→ psychische Krankheit als Tabuthema, **zum Trialog**.

2.2 Zielsetzung und Abgrenzung der Arbeit

Die vorliegende schriftliche Arbeit zeigt auf:

- wie ein Konzept für die Peer-Arbeit mit psychisch belasteten Eltern aussehen kann

dazu wird behandelt:

- was Recovery ist und wie der Recovery-Prozess beeinflusst werden kann
- welche Voraussetzungen für einen Trialog nötig sind.

Angehörige und professionell Tätige werden erfasst, da sie eine zentrale Rolle auf dem Recovery-Weg spielen. Durch eine *trialogische* Verknüpfung der Eltern Recovery-Gruppe soll theoretisch ein gleichberechtigtes Dreieck entstehen. Auch mit dem Wissen, dass das kindliche Störungsrisiko bei Kindern psychisch kranker Eltern um den Faktor zwei bis drei, gegenüber einer gesunden Vergleichsgruppe, erhöht ist, sind Risiko-, Bewältigungs- und Vulnerabilitätsforschung nicht Gegenstand dieser Arbeit. Diese Arbeit begrenzt und fokussiert sich im Wesentlichen auf die Entwicklung eines Konzepts für die Peer-Arbeit mit Eltern. Mit der Frage: *Für wen darf welcher Nutzen erwartet werden?*

2.3 Methodologie

Die vorliegende Arbeit ist in drei Teile gegliedert. Im ersten theoretischen Teil wird behandelt, was Recovery und was ein Trialog ist, wie Recovery gefördert und wie der Recovery-Prozess beeinflusst werden kann. Wie die Entwicklung eines Konzepts für die Peer-Arbeit mit psychisch belasteten Eltern aussehen kann, wird im zweiten Teil aufgezeigt. Ziele und Fazit der Gruppen werden aufgegriffen. Im dritten Teil folgen Ergebnisse und Diskussion. Die Arbeit basiert auf theoretischem Wissen aus Original- und weiterführender Literatur und auf Erfahrungswissen. Über den Online-Katalog des Bibliotheksverbunds Basel Bern (IDS) wurde eine Literaturrecherche mit folgenden Suchwörtern durchgeführt: Recovery, Trialog, Gruppenleiten. Reflektiertes Erfahrungswissen aus der eigenen Peer-Arbeit mit psychisch belasteten Eltern und der Weiterbildung EX-IN wird mit einbezogen. Reflektierte Stationen auf meinem eigenen Recovery-Weg fließen ein. Nebst der Literaturbearbeitung habe ich die Suchmaschine *Google Scholar*, *Springer Link* und *Wikipedia* mit den folgenden Schlagwörter einbezogen: psychisch kranke Eltern, Bewältigungsstrategien, Resilienz, Recovery, Empowerment, Salutogenese, Trialog, Gruppenleitung. Die Fülle an Quellen wurde mit dem Wort Psychiatrie eingegrenzt.

3 Grundlagen (theoretischer Teil)

3.1 Recovery in Theorie und Praxis

Salutogenese, Empowerment und Recovery sind Schlagwörter, welche in der Psychiatrie allgegenwärtig sind. Die Recovery-Bewegung hat in den letzten Jahren in der Psychiatrie eine rasante Dynamik erfahren. Der Begriff Recovery hat bereits jahrelang auf die eine oder andere Art und Weise zum medizinischen Diskurs gehört (Amering & Schmolke, 2012). Die Recovery-Bewegung entstand aus der Vernetzung von Betroffenen. Die Unzufriedenheit mit professionellen Behandlungsangeboten einerseits und andererseits die Aussicht nicht mehr zu *gesund*, wollten von den Betroffenen nicht mehr akzeptiert werden. Die Betroffenen strebten u.a. Folgendes an:

- sich auf einen anderen Weg begeben
- ressourcenorientiert in Rahmenbedingungen für die eigenständige Entwicklung arbeiten
- zu Autonomie gelangen.

Recovery ist keine vollständige Theorie, vielmehr eine Theorie die das Subjektive genauso, wie das Objektive gewichtet. Recovery setzt das Individuum (die Person) ins Zentrum. Nach dem aktuellen Forschungsstand wird Recovery mehr als individueller Prozess (vergl. 3.1.1 Recovery: Definition), denn als ein statisches Konzept, mit einem klar definierbaren Verlauf verstanden (Zihlmann, 2011). Als Grundlagenforschung für Recovery wird vor allem die Studie von Ralph et al. (Ralph et al. 1999, zit. in Amering & Schmolke, 2010, S. 198-201) gesehen. Der Prozess wird mit folgenden 6 Phasen beschrieben, welche auf dem Recovery-Weg zur *Wiedererstarkung* durchlaufen und nicht als linear bezeichnet werden: Angst – Bewusstsein – Erkenntnis – Aktionsplan - Entschlossenheit (dass man *wiedererstarkt*) - Recovery. Die Reihenfolge muss nicht zwingend so erlebt werden. Es gibt auch andere Faktoren, welche individuell beitragen können, den Prozess zu beeinflussen: Beziehung, Aktivität, Spiritualität, soziales Umfeld, persönliche Zuversicht, die Bereitschaft Hilfe zu suchen, Ressourcen orientiertes Denken, ein Ziel haben, nicht von Symptomen beherrscht werden, u.s.w. Solche Haltungen und Massnahmen können den Recovery-Prozess zusätzlich fördern oder im Falle bremsender Faktoren wie z.B. Pessimismus behindern. So heisst auch der Untertitel von Michaela Amerings Buch *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. Es spielen zusätzlich die sozialen Beziehungen eine entscheidende Rolle, den Recovery-Weg positiv zu beeinflussen. Therapeutische Intervention welche Hoffnung zerstört, kann als lebensbedrohlich erlebt werden. Zuversicht ist eine der prominentesten

Komponenten auf dem Recovery-Weg. Zuversicht leitet den Recovery-Prozess ein und erhält ihn.

Die Frage, ob und wie Recovery messbar ist, wurde durch das zunehmende Interesse an der Recovery-Bewegung zu Beginn der 90er Jahre immer öfter gestellt. Durch das reflektierte Erfahrungs-Wissen als EX-IN Studentin über den Recovery-Prozess gehe ich davon aus, dass nur die Betroffenen selbst sagen können, ob sie *recovered* sind. Anfügen und betonen will ich einmal mehr eine zentrale Kernaussage dieser Bewegung: Recovery ist nicht linear.

3.1.1 Recovery: Definition

Es gibt keine einheitliche Definition von Recovery. Patricia Deegan wird jedoch in der aktuellen Literatur oft zitiert. Sie beschreibt eindrücklich aus ihrer Doppelperspektive als Betroffene und promovierte Psychologin, was einen Recovery-Prozess ausmacht:

Recovery zielt nicht auf ein Endprodukt oder ein Resultat. Es bedeutet nicht, dass man „geheilt“, oder einfach stabil ist. Recovery beinhaltet eine Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller neuer Möglichkeiten entdeckt wird. Dies ist das Paradoxe an Recovery: Beim Akzeptieren dessen, was wir nicht werden tun oder sein können, beginnen wir zu entdecken, wer wir sein können und was wir tun können. Recovery ist eine Art zu leben. (Deegan, 1996, zit. in Pro Mente Sana, 2009).

Recovery ist nicht eine neue Psychotherapie, obwohl es auch durch die sorgfältige Implementierung von evidenzbasierten Methoden unterstützt werden kann. Aus der betroffenen Perspektive werden die zentralen Punkte von Recovery wie folgt beschrieben: „Wir sind in erster Linie ganzheitliche individuelle Menschen, mit einem Leben, das gelebt werden will“. Recovery ist eine Einstellung und ein Weg. Recovery beinhaltet unter anderem:

- *Wiedererstarben*
- nach einer Krise wieder einen guten Platz im Leben finden
- ein Weg um das Beste aus seinem Leben zu machen
- wissen was man braucht, um zu leben
- subjektives Erleben, dass man die Kontrolle über sein Leben wieder zurückgewonnen hat

- im Führersitz des eigenen Lebens zu sitzen
- die eigene Lebendigkeit zum Ausdruck zu bringen (lebendige Beweglichkeit)
- eine andere Sicht auf das Leben
- Recovery ist mehr als die Abwesenheit von Symptomen
- ein persönlicher, tiefgreifender Prozess, hin zu einem sinnerfüllten Leben
- jede Recovery-Reise ist individuell und einzigartig
- *Gesundheit* ist nicht linear, es gibt Zeiten schneller Fortschritte, dann wieder enttäuschender Rückschläge
- ohne Zuversicht ist Recovery nicht möglich
- Recovery bedeutet die Einbeziehung aller Elemente, die für die Lebensqualität wichtig sind.

Für viele hat Recovery eine persönliche Bedeutung – dort, wo man ist, einen Lebenssinn zu finden, Stigmatisierung zu überwinden, einschliesslich der in manchen Fällen durch den Erhalt einer psychiatrischen Diagnose ausgelösten Diskriminierung. Dass ich selber in Recovery war, bemerkte ich daran, dass ich die Krankheit akzeptieren konnte, nicht mehr zu einem bestimmten Zeitpunkt ganz gesund werden wollte und als ich jemand anderem helfen konnte, der in einer ähnlichen, aussichtslosen Lage war wie ich früher. Recovery heisst nicht:

- alles muss perfekt sein
- Abwesenheit von Symptomen
- unrealistische, ausschliesslich positive Einstellung.

3.2 Trialog in Theorie und Praxis

Mit dem Trialog wird der Austausch auf gleicher Augenhöhe und eine gleichberechtigte Begegnung von Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen angestrebt. Die Beziehungen zwischen den Sprechenden scheinen so asymmetrisch zu sein, dass mit dem Begriff Trialog nicht nur das Gespräch gemeint ist, „sondern eben auch die besonderen Gesprächsbedingungen, die die Asymmetrie auszugleichen suchen“ (Siemen, 2007, S. 18, in Bombosch, Hansen & Blume, 2007).¹ In regelmässigen, moderierten Gruppengesprächen wird diskutiert und nach Wegen mit dem Umgang, sowie Antworten zu der psychischen Erkrankung gesucht. Psychiatrie erfahrene Eltern sind

¹ Ein Grossteil der Quellenangaben in den Kapiteln 3.2, 3.2.1, 4.2, und 4.2.2, stammen aus dem Buch. *Trialog Praktisch*, von Bombosch, J., Hansen, H., & Blume, J., (2007). Da viele Autoren und Autorinnen mitgewirkt haben, wird das Buch im Literaturverzeichnis nur einmal aufgeführt unter den oben genannten Herausgebern. Der Verweis auf die Autorinnen und Autoren werden, wie oben, in Klammer dargestellt.

Expertinnen und *Experten* in eigener Sache, Angehörige haben eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und professionell Tätige verfügen über therapeutisches Wissen. Diese Kompetenzen gilt es durch den Trialog gemeinsam zu nutzen. Das gemeinsame Gespräch ermöglicht einen wechselseitigen Lernprozess, der von allen Beteiligten gleichermaßen beeinflusst wird und genutzt werden kann. (Pro Mente Sana, n.d.). Neue dynamische Strukturen werden so für die Selbsthilfe geschaffen und erarbeitet. Der Trialog soll dazu beitragen, die einseitige Definitions- und Deutungsmacht professioneller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Psychiatrie deutlich zu hinterfragen und in eine demokratische Handlungskultur überzuführen. Während Martina Hoffmann-Badache (2007, S. 161, in Bombosch et al.) feststellt, dass weder die Professionellen, noch die Angehörigen noch die betroffenen Menschen alleine genug wissen um Erklärungen zu finden und nach Lösungen zu suchen, sieht Thilo von Trotha den Trialog hingegen als wenig ernst zu nehmende Veranstaltung. ...“Auch wenn Betroffene sich ernster genommen fühlen als auf der Station und Psychiater sich selbst für fortschrittlicher, offener, verständnisvoller als konventionell vorgehende Kollegen halten, bleiben diese Bemühungen subtil verschleierte Neuauflagen der altbekannten psychiatrischen Objektivierung des verrückten Gegenübers zum medizinischen Ding“ (von Trotha, 2001, S. 206). Ich bin jedoch mit Martina Hoffmann (2007, in Bombosch et al.) einig: Erst im Austausch der unterschiedlichen Sichtweisen mag es gelingen, voneinander und füreinander zu lernen um zu dienlichen Lösungen für alle Beteiligten zu gelangen. Im Trialog sind Interessensgegensätze besser transparent und diskutierbar. Im trialogischen Diskurs gibt es folgende Vorzüge: Es wird nicht im Stress einer Akutsituation diskutiert. „Betroffene finden sich nicht in der Klinik in der Rolle des Objektes von Behandlungen“ (Pro mente Sana, n.d.). Angehörige sind nicht nachteilige Eindringlinge. Profis können ohne Verantwortungsdruck zuhören und sich mitteilen (Pro Mente Sana, n.d. Psychose-Seminar). Der Trialog ist keine Therapie, sondern eine Form der Begegnung. Alle Beteiligten müssen bereit sein einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und einen offenen Diskurs zu führen. Um überhaupt einen Diskurs mit dem Ziel einer vorläufigen Konsensfindung zu führen, wird eine *ideale Sprechsituation* vorausgesetzt. Sehr verkürzt wiedergegeben, sind die vier idealen Bedingungen aufgelistet (Habermas, 1989, zit. in Greve, S. 82 – 83):

1. Alle (potenziellen) Teilnehmenden müssen die gleichen Chancen haben, einen Diskurs zu eröffnen und diesen durch Rede, Gegenrede, Fragen und Antworten mitzugestalten.

2. Alle (potenziellen) Teilnehmenden müssen die gleiche Chance haben, das Gesagte (Deutung, Behauptung, Empfehlung, Erklärung, Rechtfertigung) und somit den Geltungsanspruch in Frage zu stellen.

3. Zugelassen zum Diskurs sind Sprechende, wenn sie als Handelnde die gleichen Chancen haben, ihre Gefühle, Wünsche und Einstellungen zum Ausdruck zu bringen.

4. Zugelassen zum Diskurs sind Sprechende, wenn sie als Handelnde die gleiche Chance haben zu befehlen, sich zu widersetzen, zu erlauben, zu verbieten, Versprechungen zu geben und abzunehmen, also regulative Sprechakte zu verwenden.

Inwieweit die 4 Punkte der *idealen Sprechsituation* bei einem real durchgeführten Trialog erfüllt sind, erweist sich gemäss meinem Erfahrungswissen als sehr unterschiedlich. Zu Punkt 1 habe ich in der Praxis folgende Erfahrung gemacht: Beteiligte, die das Gefühl haben, dass sie sich nicht adäquat und situationsgerecht ausdrücken können, schliessen sich oft aus und sprechen nicht über ihre Betroffenheit. Sie trauen sich unter Umständen nicht zu, ihr reflektiertes Erfahrungswissen in eigene Worte zu fassen. Ein gutes Übungsfeld kann eine Recovery-Gruppe sein.

Anmerkung zu Punkt 3: Um sich persönlich auf ein Thema einzulassen, kann es für professionell Tätige bedeuten, sich im Spannungsfeld zwischen Bedürfnissen, Gefühlen und Wünschen der Betroffenen und dem eigenen Tun in der Handlungspraxis auszusetzen. Dies würde dann zurück zu Punkt 2 führen (Zihlmann, 2011).

3.2.1 Trialog: Definition

Binder definiert den Trialog als, „...ein Kommunizieren und sich in Beziehung setzen der drei grossen Personengruppierungen, die in Klinik und psychosozialem Umfeld eigene Interessen haben: Die Professionellen, die Betroffenen (Psychiatrie-Erfahrenen) und deren Angehörigen“ (Binder, 2008, S.25, in Binder & Bender). Das Wort Trialog findet man in dieser Form nicht im Duden und es wird deswegen auch als *Kunstwort* bezeichnet.

Wird das Wort auseinander genommen, kann es folgendermassen definiert werden: *Tria* kommt aus dem Griechischen und bedeutet drei, womit die drei oben genannten Interessengruppen gemeint sind. *Log* steht für Dialog, welcher als Gespräch, Wechselrede, Zwiegespräch oder Meinungs austausch definiert ist oder als Gespräch, welches zwischen zwei Gruppierungen statt findet, um sich und die gegenseitigen Standpunkte

kennen zu lernen („Duden“, 1997. S.187). In Martin Wollschläger: Sozialpsychiatrie (2001) finden wir folgende Definition:

Der Trialog ist das partizipative (teilhabende) Denken und Handeln der drei Kerngruppen im psychiatrischen Entwicklungsprozess, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind („gleiche Augenhöhe“). Diese sind: die Psychiatrie-Erfahrenen, die Angehörigen psychisch kranker Menschen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen psychiatrischen Handlungsfeldern. (Wollschläger, zit. in Stötter, 2011)

Klaus Döner brachte es auf den Punkt, als er sagte, „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie -oder sie ist keine Psychiatrie“ und Margret Osterfeld ergänzte: „Psychiatrie ist trialogische Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie“ (Döner & Osterfelder, zit. in Stötter, 2011).

Thilo von Trotha hingegen definiert das Wort Trialog, als ein *Hohl-* und *Kunstwort*. Darüber hinaus als ein *Unwort*, *ominös*, daran zu erkennen, dass es sprachlicher Nonsens ist: „Auch wenn drei miteinander reden, bleibt das ein Dialog“... (von Throta, 1995, S. 6). Er hält den Trialog bloss für eine billige Tarnkappe, „für einen altbekannten Monolog, der plötzlich, weil's schicker und demokratischer wirkt, mit verteilten Rollen heruntergeleiert werden soll“ (von Throta, 1995). Es findet sich jedoch ein möglicher historischer Ursprung im 14. Jahrhundert bei John Wiclef, einem englischen Theologen. Er wählte den Begriff des *Trialogus* für die Diskussion zwischen: Klugheit, Wahrheit und Lüge. (Siemen, 2007, S. 18, in Bombosch at al.). Welcher der einzelnen Begriffe nun welcher trialogischen Gruppe zugeordnet wird, steht offen.

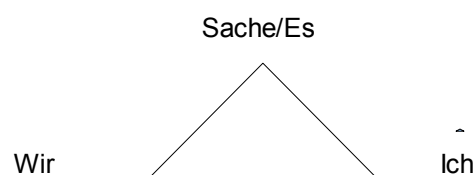
4 Möglichkeiten zur Umsetzung (praktischer Teil)

4.1 Konzept: Eltern Recovery-Gruppe

Ich erachte es als zwingend, dass die Gruppenleitung (Peer) eigene Leistungsgrenzen erkennt. Ebenfalls zentral wird die Authentizität angesehen. Die eigene Echtheit. Hiermit ist die Übereinstimmung und der Einklang von Gefühlen, Reden und Handeln gemeint. Dadurch hilft sie Gruppenmitgliedern, ebenfalls *echt* zu sein. Die Gruppenleitung darf auch eigene Schwächen und Stärken zeigen und wie die Gruppenmitglieder darüber sprechen. Es erscheint mir als unerlässlich, dass die Gruppenleitung an sich selbst arbeitet, um anderen bei ihrer Persönlichkeitsentwicklung auf dem Recovery-Weg eine Unterstützung zu sein. Peers können Betroffene auf dem Recovery-Weg nicht begleiten, ohne nicht selbst die Schwierigkeiten eines jeden Veränderungsprozesses zu kennen. Dazu braucht es auch die nötige Nähe, bisweilen jedoch auch eine gewisse Distanz bez. Abgrenzung.

Geeignet sind gemäss Befragungen mit Betroffenen, Räume ausserhalb der Psychiatrie. Die Betroffenen befinden sich somit bereits örtlich einen Schritt weiter.

Kontinuität erscheint als wichtiger Punkt. Das Interesse am Einbringen der eigenen Persönlichkeit kann schneller wachsen und geübt werden, wenn sich die Gruppe regelmässig trifft. Je persönlicher das Ziel der Gruppe ist und je intensiver die ICH- und WIR-Ebene einbezogen wird, desto günstiger sind regelmässige Treffen. In der ICH und WIR orientierten Aktionsform muss man jedoch auch dem ES (Sache / Thema) gerecht werden (vergl. Löhmer & Standhardt, 2006, S. 58 – 59).



Quelle: In Anlehnung an Herzog-Diem & Huber, 2007, S.74., Löhmer Standhardt, 2006, S. 58., Klein, 2011

Ruth C. Cohn, die amerikanische Gruppenforscherin, hat anhand dieser drei Faktoren ein nützliches Modell für Gruppen entwickelt, bekannt unter dem Namen *Themen zentrierte Interaktion TZI*. Aufeinander reagieren und sich gegenseitig beeinflussen, bedeutet in diesem Fall Interaktion (→ soziale Interaktion). Cohns Menschenbild stimmt mit der Idee der selbstbestimmten Hilfen in Gruppen überein: „Jeder Mensch ist

einzigartig, autonom und gleichzeitig verbunden mit anderen Menschen, indem er andere beeinflusst und von ihnen beeinflusst wird“ (Cohn, zit. in Herzog-Diem & Huber, 2007, S.74). Auch bei thematischen und sachbezogenen Themen sollte eine Verbindung des Themas zu den einzelnen Personen, eine Verknüpfung mit ihrem Lebensbereich und ihrer Lebenserfahrung hergestellt werden (Klein, 2011). „Dieses so genannte Interaktions-Dreieck macht das Zusammenspiel von individuellen Bedürfnissen (Ich), Gruppeninteressen (Wir) und dem Verfolgen des gemeinsamen Themas (Sache) deutlich“ (Herzog & Huber, 2007, S.74). Die Art und Weise wie in einer Gruppe, Mitglieder miteinander umgehen und kommunizieren, wirkt sich auf das Gesprächs- und Gruppenklima aus. Diskretion und Verbindlichkeit sind für viele eine Selbstverständlichkeit. Was jedoch jeder einzelne darunter versteht, wird erst klar, wenn darüber gesprochen wird. Folgende Diskursregeln könnten formuliert werden. Sie zielen, wie in 3.2 Trialog in Theorie und Praxis abgehandelt, ebenfalls auf die Herstellung einer *idealen Sprechsituation* hin:

- Es soll eine respektvolle und sorgsame Atmosphäre herrschen
- was in der Gruppe besprochen wird ist vertraulich
- in der Gruppe wird nicht über Abwesende gesprochen
- zuhören und aussprechen lassen
- jeder Beitrag hat seine Berechtigung und seinen Wert, so kurz er auch sein mag
- verschiedene Meinungen und Ansichten dürfen Platz haben
- wer an einem Treffen nicht teilnehmen kann, meldet sich ab.

Ob sich eine Gruppe zu einer guten Unterstützungsform entwickeln kann, dafür tragen schlussendlich alle Mitglieder bei (vergl. Herzog-Diem & Huber, 2007, S. 47).

Struktur / Ablauf:

- 6 – 8 Teilnehmende
- 14-täglich, 75 Min. inkl. einer festgelegten Pause
- in jeder Stunde wird eine strukturierte Einleitung, ein Thema, Konzept oder Modell vorgestellt. Daraus erfolgt eine Diskussion bezüglich der Haltung oder Beurteilung der Gruppenmitglieder in Bezug auf das Thema
- die Leitung könnte in der Woche zwischen den Gesprächsgruppen den Teilnehmenden die Möglichkeit geben, anhand einer Aufgabestellung das bearbeitete Thema zu vertiefen, in die Praxis umzusetzen oder zu beobachten.

4.1.1 Ziele: Eltern Recovery-Gruppe

Die Recovery-Gruppe ist nicht Defizit orientiert. Der Blick soll gerichtet werden auf das, was noch möglich ist. Das heisst: Förderung der Gesundheit oder die Sensibilisierung für Stärken und Ressourcen. Das Selbstbewusstsein der Betroffenen soll gestärkt werden, um ihre eigenen *Selbsthilfemöglichkeiten* und das Recht auf Selbstbestimmung zu nutzen. Man könnte sagen: es geht darum, Stolz, Würde und Mut zurückzugewinnen. In einer Recovery-Gruppe können neue Werkzeuge angeboten werden, mit denen die Teilnehmenden eine neue Sicht auf ihr Leben mit neuen Sinneszuschreibungen entwickeln können. Die Betroffenen können erfahren, dass eine *Heilung* ihrer Erkrankung jenseits der medizinischen Definition möglich ist. Es besteht die Gelegenheit, die Patientenrolle zu verlassen, ohne das Gespräch über ihre Psychiatrie-Erfahrung zu verleugnen (Amering & Schmolke, 2012). Darin sehe ich auch erneut einen Nutzen für die Kinder psychisch kranker Eltern. Ein tragfähiges, stabiles soziales Unterstützungssystem erhöht die Widerstandskraft der Kinder gegenüber den Belastungen, die sich aus dem familiären Zusammenleben mit dem kranken Elternteil ergeben (Lenz, 2005, S.131). Wenn man Jugendliche befragt, was ihnen am meisten helfen würde, äussern sie als wichtigste Form der Unterstützung die ehrliche und offene Antwort auf Fragen über die Erkrankung oder das offene Gesprächsklima, welches Fragen überhaupt zulässt (Lenz, 2005). Es erscheint wichtig, das Thema *Kinder und Familie* mit einzubeziehen. In einer Recovery-Gruppe sind Strukturen gegeben, wie eine verständigungsorientierte Haltung, welche die betroffenen Eltern in der Autonomie und in der psychosozialen Integrität stützen können. Gelingt es Familien, mit den Belastungen umzugehen, Prozesse der Resilienz nutzbar zu machen, können sie gestärkt aus der Krise hervorgehen. Diese Erkenntnis basiert auf meinen Erfahrungen als Mutter von drei Söhnen. Es gilt, die Problembewältigung der Betroffenen zu stärken, was sich förderlich, auf die Kinder psychisch belasteter Eltern auswirkt.

4.1.2 Fazit: Eltern Recovery-Gruppe

Es darf vermutet werden, dass der Austausch unter Betroffenen die Resilienz und das Kohärenzgefühl fördert. Ich schliesse mich Aaron Antonovsky an, „dass das Kohärenzgefühl eine Hauptdeterminante sowohl dafür ist, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, dass man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt“ (Antonovsky, 1997, S. 33). Durch das Kennenlernen verschiedener ressourcen- und gesundheitsorientierter Konzepte in der Recovery-Gruppe können Eltern eine Haltung der Hoffnung und Zuversicht, bezüglich ihrer Zukunft, entwickeln. Diese kann ihnen die Möglichkeit geben, ihr eigenes Krankheits- und Gesundheitskonzept zu überprüfen und anzupassen (vergl. Burr &

Winter, 2010). Ich stimme Andreas Knuf voll und ganz zu, dass die Rolle der Professionellen im Recovery-Prozess sich ähnlich wie bei Empowerment (Selbstbefähigung, Stärkung von Autonomie und Eigenmacht) verhält: Beides können nur Betroffene selber vollbringen. Professionelle können fördern, ermutigen, begleiten, anregen.... jedoch nicht aktiv bewirken. „Empowerment - auf eine kurze Formel gebracht - ist das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens“ (Herriger, 2009).

4.2 Konzept: Dialog

Üblicherweise kümmert sich eine Kerngruppe um die organisatorischen Belange der Dialog-Seminare. Die Kerngruppe sollte ebenfalls dialogisch zusammengesetzt werden, mit je zwei Vertretern von Erfahrenen, der Angehörigen und der professionell Tätigen. Notwendige Voraussetzung für einen Dialog ist ein neutraler Raum, d.h. ein Raum, der in seiner alltäglichen Nutzung nicht auf bestimmte Rollenerwartungen festgelegt ist. Auch hier eignen sich nur Räume ausserhalb der Psychiatrie (vergl. Bock et al. zit. in Psychose-Seminaren, 2011).

Zeitstruktur Die Dialoge dauern im Regelfall über einen längeren Zeitraum. In diesem Konzept werden Treffen alle 2 Monate, während eines Jahres angestrebt. Die einzelnen Termine dauern zwei Stunden, inkl. einer festgelegten Pause. Die Pause hat eine wesentliche Funktion. Sie gibt Raum für wechselseitige informelle Gespräche.

Teilnehmende Jede Person entscheidet für sich selbst, zu welchem Zeitpunkt ihrer Erfahrung sie sich in welcher Art und Weise anderen zeigen oder öffnen will. Alle Beteiligten sollten ausschliesslich aus eigenem Interesse an diesem Erfahrungsaustausch teilnehmen. Es ist nicht sinnvoll am Anfang alle in zeremonieller Vorstellungsrunde zur Veröffentlichung der eigenen Perspektive zu zwingen. Schlussendlich geht es jedoch darum, dass alle Beteiligten, ihre Gefühle, Ängste, Erfahrungen, aber auch die eigene Hilflosigkeit im Umgang mit psychischen Krisen offen ansprechen (Fricke, 2007, S. 78, in Bombosch et al.).

Gruppengrösse Eine zu grosse Gruppe kann zu viel Fremdheit erzeugen und es einzelnen Teilnehmenden schwer machen, sich zu äussern. Eine zu kleine Gruppe kann hingegen einer Therapiegruppe zu ähnlich werden. Jedes Schweigen kann bedeutsam werden und das Gespräch verliert an Leichtigkeit. Die Erfahrungen sind jedoch unterschiedlich.

Themen Ein essenzielles Thema (Grundfrage), im Trialog *psychisch belasteter Eltern* ist: *Was brauchen Eltern während einer Krise und was brauchen Angehörige und Mitarbeitende, um zu einer offenen und ehrlichen Begegnung und Auseinandersetzung in der Lage zu sein?* Ausgehend von dieser Frage, erlauben verschiedene Themen einen immer neuen Zugang zu der Grundfrage. Die Themen sollten gemeinsam festgelegt und nicht von einer Person oder Teilgruppe dominiert werden. Manche Trialog-Seminare legen die Themen am Anfang des Semesters für den anstehenden Zeitraum fest. Andere am Ende einer Stunde. In Bern und Zürich in Psychose-Seminaren hat sich bewährt, dass am ersten Abend die Themen festgelegt und sie den Daten zugeordnet werden (vergl. Bock et. al. zit. „Psychose Seminar“, 2011). Gemeinsam könnte im Trialog über weitere Fragen diskutiert werden wie: *Wie wirkt sich ein Klinikaufenthalt auf die Kinder aus?* Oder: *Wie klärt man Kinder altersgerecht über eine psychische Erkrankung auf?*

Weitere Qualitätskriterien: Alles was im Raum gesprochen wird, bleibt im Raum. Der Erfahrungsaustausch auf gleicher Augenhöhe setzt voraus, dass keiner der drei beteiligten Gruppen die alleinige Definitionsmacht bezüglich *richtig* oder *falsch* für sich beansprucht. Die Offenheit über eigene Verletzungen, darf nicht als Schuldzuweisung an die andere Gruppe missverstanden werden. Man muss bereit sein nachzuvollziehen, - den Blickwinkel zu öffnen (Fricke, 2007, S. 79, in Bombosch et al.).

4.2.1 Ziele: Trialogische Verknüpfung der Eltern Recovery-Gruppe

Das Ziel ist, die psychische Erschütterung besser zu verstehen und gemeinsame Lösungswege zu finden. Ich gelange zur Überzeugung, dass Profi-Fachwissen durch das Erfahrungs-Wissen Betroffener und Angehöriger ergänzt und zum Teil auch korrigiert werden müsste. Recovery lebt durch Direktbegegnung zwischen Betroffenen und professionell Tätigen, sowie durch die Haltung aller Betroffenen. (Professionell Tätige, Betroffene, Angehörige). Durch die im Trialog mögliche Paradigmenerweiterung im Denken über den Verlauf einer psychischen Erkrankung entstehen bei allen Parteien eine Entwicklung vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Jeder einzelne muss seine individuellen Erfahrungen reflektieren. Lernen zu wissen, was ich weiss heisst, individuelles Wissen zu produzieren. Wissen und Erfahrung kann so miteinander geteilt werden. Wichtig erscheint zu überlegen was eigene Wünsche sind, jedoch auch die des Gegenübers verstehen zu lernen. Aber es geht beim Wir-Wissen nicht nur um das gemeinsam Erfahrene, sondern auch um das gemeinsam Verstandene. Dies bedeutet, auch Phänomene, welche wir nicht selber erlebt haben, können wir durch einen intensiven Austausch verstehen lernen, durchdringen, erkennen. Schliesslich bedeutet Wir-Wissen auch eine

Verständigung darüber, was nicht verstanden wird (vergl. Utschakowski, 2010). Diesbezüglich schliesse ich mich Vera Zihlmann (2011) an: Mit der trialogischen Auseinandersetzung sollte zwingend auch die Machtverhältnisse im Kontext der jeweiligen Fragestellung reflektiert werden. Nur so kann weiterführend eine dialogische Handlungspraxis entwickelt werden.

4.2.2 Fazit: Trialog

An einem Trialog begegnen sich überwiegend Menschen, die nicht füreinander verantwortlich und voneinander abhängig sind. Es begegnen sich fremde Väter und Söhne, fremde Mütter und Töchter, Geschwister.... Eine psychiatrieerfahrene Mutter kann bei einer fremden Tochter viel besser verstehen, dass sie auch verzweifelt, in ständiger Angst und völlig überfordert war (Bock, 2007, S. 33, in Bombosch et al.). Auch Profis können vollständiger wahrnehmen, wenn sie nicht immer unter Erwartungs- und Handlungsdruck stehen (persönliche Mitteilung, 07.02.2010). Wissen soll sinnvoll in den trialogischen Erfahrungsaustausch, eingespielen werden. Patientinnen und Patienten verfügen bei der Einweisung in eine Klinik häufig nicht über genügend Vertrauen, um die Problematik gerade auch bezüglich ihrer Kinder anzusprechen. Es kommt vor, dass man in dieser Zeit wegen Hoffnungslosigkeit, mit völliger Passivität und Gleichgültigkeit gegenüber dem Umfeld reagiert. Zusätzlich können bei Eltern Verlustängste dazu kommen. Professionell Tätige sind oft nicht genügend sensibilisiert auf die Problematik psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder. Dadurch kann der Zugang zu Hilfen für die Eltern und deren Kinder erschwert sein. Folgendes erschreckende Resultat liefert eine Studie in Zusammenarbeit der Zürcher Hochschule für Soziale Arbeit, des Sozialpädiatrischen Zentrums Winterthur und der Integrierten Psychiatrie Winterthur ipw: Es erhoben zwar 94 Prozent der Befragten, ob ihre Klienten minderjährige Kinder haben. Aber nur 43 Prozent stellten weitergehende Fragen nach deren Aufenthalt (Gurny et al., 2006). Konkret heisst das: Nicht einmal wenn eine alleinerziehende Mutter in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde, war sichergestellt, dass jemand an die Kinder dachte (Polli, T. 2011, 28. Oktober). Es gibt auch andere wissenschaftliche Studien, welche aufzeigen, wie wichtig es ist, die Umwelt diesbezüglich zu sensibilisieren (Lenz, 2005). Durch den Trialog können professionell Helfende sensibilisiert werden, bereits bei Klinikeintritt eines Elternteils die Versorgung der Kinder anzusprechen. Bei Angehörigen und Betroffenen kann die Hemmschwelle gesenkt werden, auch für ihre Kinder Hilfe in Anspruch zu nehmen. Begünstigt wird dies durch die gleichberechtigte, transparente Begegnung auf gleicher Augenhöhe mit Professionellen. Kinder- und Jugendpsychiater und -psychiaterinnen, -psychologen und -psychologinnen sollten somit zwingend im Trialog vertreten sein.

5 Ergebnisse

Die Arbeit zeigt ein anzustrebendes Konzept für die Peer Arbeit mit psychisch belasteten Eltern nachvollziehbar auf. Gelebte Psychiatrie-Erfahrungen in einer Recovery-Gruppe zu teilen, bedeutet, individuelle Erfahrungen in der Gruppe auszutauschen. „Das Teilen von Erfahrung, Anerkennung und Bestätigung sind wichtige Bestandteile, wenn es um die Validierung (Gültigkeitsprüfung) geht“ (Utschakowski, Sielaff, & Bock, 2009, S. 50). Erfahrungen mit dem psychiatrischen Versorgungssystem, mit den Reaktionen des sozialen Umfeldes und letztendlich mit der Bewältigung wiedererkennbarer Erfahrungen führen zu erfahrungsbasiertem Wissen. Sie sind ein Ergebnis der Bewältigung und der Reflektion. Sowohl aus der Theorie, als auch aus der Empirie ist klar ersichtlich, dass dieses Wissen anders entsteht, als allgemeines Wissen. Wenn eine Person über Erfahrungen verfügt und diese zum Beispiel in einer Recovery-Gruppe oder einem Trialog einbringt, kann individuelle und kollektive Erfahrung erarbeitet und validiert werden. Dies kommt einen Schritt von der rein subjektiven Erfahrung weg (Utschakowski et al., 2009). Alle müssen jedoch eine gewisse Offenheit mitbringen. Genauer gesagt heisst dies, professionell Tätige müssen bereit sein sich in die Lage der Betroffenen und der Angehörigen zu versetzen. Doch auch die Betroffenen und die Angehörigen müssen lernen, sich in die Situation der professionell Helfenden einzufühlen. Schlussendlich sollten alle in der Lage sein, sich die Frage zu stellen: *Was könnten diese wollen?*

Fazit: Jeder kommt dem Anderen einen Schritt näher.

6 Schlussfolgerung

Die trialogische Verknüpfung einer Eltern Recovery-Gruppe ist aus folgenden zu erwartenden Gründen bereichernd und notwendig, wenn auch für alle drei Parteien, eine Herausforderung. Der Trialog impliziert eine Sichterweiterung. Ein Paradigmenwechsel im Denken über den Verlauf einer psychischen Erschütterung wird als Chance gesehen, um längerfristig zu *recovern*. Neue Wege und Formen, welche gefunden werden, um das professionelle System zu Verstehen und zu beeinflussen, bilden die Basis um einen Schritt näher in Richtung Recovery zu kommen. Damit aus der Recovery-Praxis authentisches Wissen gewonnen und weiterentwickelt werden kann muss die Synthese von Berufs- und gelebter Erfahrung zu einer gemeinsamen Wissensbasis ständig im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen (Glover 2005, zit. in Amering & Schmolke, 2012, S. 22). Dies kann nachvollziehbar für professionell Tätige eine Herausforderung sein.

6.1 Konsequenzen für die Praxis

Recoveryorientierte Strukturen beinhalten, dass jede Person selbst bestimmen kann, welche Unterstützungen sie in welchem Ausmass und zu welchem Zeitpunkt nutzen will (Amering & Schmolke, 2012, S. 363). Wenn Betroffene wissen, wie viel sie von was brauchen, sind sie auf dem Recovery-Weg. Die Konzentration fällt auf das in jedem Mensch vorhandene Potenzial zur Genesung – unabhängig davon, ob der Mensch akut mit Schwierigkeiten kämpft und von der Erkrankung überwältigt ist (Amering & Schmolke, 2012). Die Betroffenen sollten Raum erhalten, um ihre Beziehungswünsche zu erkennen, damit Vertrauen entstehen kann. Helfen, ein Gegenüber zu sein, bedeutet für Psychiatricerfahrene und auch für die Professionellen, dass das Helfen nur in einer lebendigen, partnerschaftlichen und mitfühlenden Beziehung möglich ist, die die eigene Verletzlichkeit und Krisenhaftigkeit mit einschliesst (Utschakowski et. al., 2009, S. 192). Dies auch im Sinne von Martin Gutl:

Selbst ratlos sein und doch viele beraten können;
selbst gebrochen sein und doch vielen als Halt dienen;
selbst Angst haben und doch Vertrauen ausstrahlen.
Das alles ist Menschsein, ist wirkliches Leben.

Grundsätzlich sind professionell Tätige an bestehenden Psychose-Seminaren (Trialoge) immer noch unter vertreten weil sie auf ihr Fachgebiet fixiert sind. Gefragt wäre der Mensch auch hinter der Rolle des professionell Tätigen. Das wirkliche *Mensch sein* in den Arbeitskontext zu übertragen, verlangt einerseits hohe Sozial- und

Abgrenzungskompetenzen und andererseits die notwendigen strukturellen Voraussetzungen. Diese sind noch nicht (überall) gegeben (Becher & Zaumseil, 2007, S. 68 - 70, in Bombosch et. al., 2007). Mängel zeigen sich primär in der internen Struktur der Kliniken. Die Hilfesysteme orientieren sich vor allem an den Erwachsenen, bei denen die Belastung sichtbar wird (vgl. Seite 18, 4.2.2 Fazit: Trialog). Dies legt folgende Konsequenzen nahe, wie Albert Lenz, (2005) zusammenfasst:

1. Informationsvermittlung und Aufklärung als übergreifendes Hilfsangebot: erkennen, anerkennen und unterstützen.
2. Altersadäquate Formen entwickeln, konsequent anbieten und nachhaltig empfehlen, die die Kinder und Jugendlichen in die Behandlung des erkrankten Elternteils einbeziehen.

Anm. d. Autorin → Jugendliche als Teilnehmer am Trialog.

3. Die Möglichkeiten soziale Ressourcen (z.B. Hilfe durch Selbsthilfe) zu fördern und zu stärken, und zwar über den stationären Aufenthalt hinaus.

Anm. d. Autorin → Eltern Recovery-Gruppe.

Es ist wichtig, dass in der Psychiatrie eine Empowerment unterstützende Atmosphäre geschaffen wird.

6.2 Diskussion und offene Fragen

Die vorliegende Arbeit umfasst die theoretische Herleitung eines Konzepts für die Peer-Arbeit mit psychisch belasteten Eltern. Mit der Frage: *Für wen darf welcher Nutzen erwartet werden?*

Welche Voraussetzungen gegeben sein sollten, bei der praktischen Umsetzung der Eltern Recovery-Gruppe und deren trialogischer Verknüpfung, konnte nachvollziehbar aufgezeigt werden. Eher kritisch anzumerken ist die Fülle an gefundenem theoretischen Material zum Thema Recovery und Trialog. Dieses hätte alleine für eine Diplomarbeit ausgereicht. Zum Schluss konnte nur eine kleine Auswahl an Recherchematerial berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse zeigen individuelle, gesellschaftliche Faktoren, welche Recovery unterstützen, aber auch behindern. Es konnte aufgezeigt werden, dass es in einer Gruppe (Recovery-Gruppe) einfacher ist über die Unsicherheiten, Schuld- und Schamgefühle, Ängste... der Betroffenen zu sprechen. Aus Erfahrung sinkt die Hemmschwelle, wenn die Gruppenleitung auch Psychiatrie erfahren ist. Peers sind in der Lage etwas authentisch weiter zu geben. „An Erfahrungen, an Erkenntnissen, an durchlittenem und

doch bewältigtem Leben“ (Utschakowski et. al., 2009, S. 93). Es besteht für die Betroffenen in der Recovery-Gruppe die Gelegenheit, die Patientenrolle zu verlassen, ohne das Gespräch über ihre Psychiatrie-Erfahrung zu verleugnen. In den vorangegangenen Seiten wurde aufgezeigt, dass der Recovery-Prozess sowohl von inneren als auch von äusseren Faktoren beeinflusst wird. Diese Ergebnisse sprechen für die Theorie von Ruth Cohns Menschenbild, insbesondere mit der Idee der selbstbestimmten Hilfen in Gruppen, überein. (vergl. Seite 13, 4.1 Konzept: Eltern Recovery-Gruppe). Aus eigener Praxiserfahrung wäre die Umsetzung des Konzepts durchaus eine Hilfestellung. Die aktive Rolle der Eltern im Umgang mit ihrer psychischen Krankheit kann nachvollziehbar eine positive Wirkung auf ihre Kinder haben und dadurch zusätzlich den Recovery-Prozess der betroffenen Eltern positiv beeinflussen. Psychiatrie-Fachpersonen äussern jedoch oft Befürchtungen vor Missverständnissen, unrealistischen Erwartungen und Illusionen. Es fehlt eine klare Definition und wissenschaftliche Evidenz, von Recovery (Robert & Hollins, 2007). Jede Person welche mit der Psychiatrie in Berührung kommt, wird vor ihrem persönlichen Hintergrund zu einem anderen Fazit kommen. Die Distanzierung von pessimistischen Grundhaltungen zu den Perspektiven Psychiatrie betroffener ist ein zentraler Bestandteil des Recovery-Konzepts. Es braucht zwingend eine hoffnungsvolle Haltung aller professionell Tätigen, denn diese können Weichen stellen. In erster Linie sehe ich das Problem in der mangelnden Kommunikation innerhalb der verschiedenen Versorgungssysteme und als Ursache für die nicht befriedigende Situation die Erwachsenenpsychiatrie kümmert sich um die Erwachsenen, die Kinderpsychiatrie um die bereits erkrankten Kinder. „Für die gesunden Kinder der kranken Eltern fühlt sich niemand zuständig“ (Hasselmann, U. 2011, 28. Oktober). Diese Aussage wurde 2006 in der Studie: *Vergessene Kinder*, soweit bestätigt (Gurny et al., 2006). Der Erfahrungsaustausch in erster Linie in der Recovery-Gruppe, in zweiter Linie im Dialog, ermöglicht es Betroffenen, als *Expertinnen und Experten durch Erfahrung* ein neues Verständnis, bezüglich ihrer psychischen Krankheit, zu entwickeln. Dadurch darf vermutet werden, dass die Eltern eine grössere Offenheit ihren Kindern gegenüber aufbauen. Es wäre demzufolge einfacher, Kinder (alters- und entwicklungsgerecht) über die elterliche psychische Erkrankung aufzuklären. Ulrike Hasselmann betont z.B. wie wichtig es ist, dass Kinder im Falle eines Klinikaufenthaltes eines Elternteils wissen, wo ihre Mutter oder der Vater ist und dass ihnen geholfen wird. (Hasselmann, U. 2011, 28. Oktober). Während der Auseinandersetzung mit dem gewählten Thema entwickelte sich die neue Fragestellung: *wo und von wem müssten die Eltern abgeholt werden, damit sie die nötige Hilfe zur rechten Zeit erhalten?*

Ob es durch den Trialog einfacher ist Brücken zu bauen zu den verschiedenen Haltungen von Betroffenen, Angehörigen und Behandlern, kann man theoretisch mit ja beantworten. Ob dies in der Praxis auch wirklich funktioniert, stellt Thilo von Trotha in Frage. Es gibt (noch) keine klaren wissenschaftlichen Kriterien, welche den Trialog als Bereicherung anerkennen. Wie stark es durch das abgehandelte Projekt gelingen mag, alle Parteien zu sensibilisieren, dass hinter den betroffenen Eltern auch noch Kinder stecken, wird ebenfalls die Praxis zeigen. Durch vorhandene Basis- und weiterführende Literatur konnte aufgezeigt werden wie wichtig es ist, mehr von sich zu zeigen. Es ist die Basis für gegenseitiges Vertrauen, in dessen Beziehungsraum Zuversicht auf nachhaltige *Gesundheit* wachsen kann. Das vorliegende Konzept wäre in einer neuen Arbeit zu evaluieren. Grundsätzlich muss die Frage gestellt werden, ob es naiv ist, zu glauben, dass auch professionell Tätige ihren Nutzen aus dem Konzept ziehen könnten, oder besser gesagt, ob sie sich darauf einlassen würden? Wenn es auch dem Interdisziplinären Team gelingt, mit den betroffenen Eltern und deren Kinder in einen positiven, ressourcenorientierten Austausch zu kommen, scheint es plausibel anzunehmen, dass die Betroffenen sich dadurch künftig neue zwischenmenschliche Fähigkeiten aneignen könnten.

7 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Amering, A., & Schmolke, M. (2007). *Recovery, Das Ende der Unheilbarkeit*. (2. Aufl.). Bonne: Psychiatrie-Verlag
- Amering, A., & Schmolke M. (2012). *Recovery, Das Ende der Unheilbarkeit*. (5. Aufl.) Bonne: Psychiatrie-Verlag.
- Binder, W., & Bender, W. (Hrsg.) (2008). *Angehörigenarbeit und Dialog. Auf dem Weg zu einer Dialogischen Psychiatrie*. Köln: Claus Richter Verlag.
- Bombosch, J., Hansen, H., & Blume, J. (Hg.) (2007). *Dialog praktisch. Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie*. (2. Aufl.). Neumünster: Paranus Verlag.
- Duden. Das Fremdwörterbuch, (1997). Band 5, 6. Aufl. Mannheim, Wien, Zürich: Dudenverlag.
- Greve, J. (2009). *Jürgen Habermas: Eine Einführung*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Herzog-Diem, R., & Huber, S. (2007). *Selbsthilfe in Gruppen. Wie sich Betroffene erfolgreich unterstützen*. Zürich: Beobachter-Buchverlag.
- Klein, I. (2011). *Gruppen leiten ohne Angst. Themenzentrierte Interaktion (TZI) zum Leiten von Gruppen und Teams* (12. überarb. u. ergänzte Aufl.). Auer Verlag
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*, Göttingen: Hogrefe Verlag
- Löhmer, C., & Standhardt, R. (2006). *TZI – Die Kunst, sich selbst und eine Gruppe zu leiten. Einführung in die Themenzentrierte Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Utschakowski, J., Sielaff, G., & Bock, Th. (Hg.) (2009). *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonne: Psychiatrie Verlag

Artikel aus Zeitschriften und Publikationen

- Burr, Ch., Winter, A., (2010). Gruppe Gesundheit und Wohlbefinden. Ein Gruppen Angebot von Betroffenen für Betroffene zur Unterstützung des eigenen Recovery Prozesses auf einer allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestation. Universitäre psychiatrische Dienste (UPD), Station Lüthi. Bern
- Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit, Forschung und Entwicklung, Integrierte Psychiatrie Winterthur. (2006). Vergessene Kinder? Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Kurzfassung. [Electronic version]
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B., & Albermann, K. (2006). Kinder psychisch kranker Eltern: Prävalenz und Versorgungslage. Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht. *Hochschule für soziale Arbeit*
- Hasselmann, U. (2011, 28. Oktober. Nr. 22). Mami, warum bist du so? *Beobachter*, S. 82
- Polli, T. (2011, 28. Oktober). Mami, warum bist du so? *Beobachter*, S. 82 - 86
- Pro Mente Sana (2009). Recovery. Wieder gesund werden. *Pro Mente Sana Ratgeber, Infoblatt 7*. Zürich: Pro Mente Sana
- Roberts, G., Hollins S. (2007). Recovery: our common purpose? *Advances in Psychiatric Treatment* 13: S. 397 – 399.
- Utschakowski, J. (2010). Licht am Ende des Tunnels. Das Projekt EX-IN qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu Genesungsbegleitern. *Pflegen: psychosozial, Zeitschrift für die professionelle psychiatrische Arbeit, Heft 2 Stigmatisierung*. Seelze: Friedrich Verlag GmbH
- von Trotha, T. (2001). Unterwegs zu alten Fragen – Die neue Antipsychiatrie. In: Karin Roth (Hg.): Antipsychiatrie. Sinnerzeugung durch Entfesselung der Vielstimmigkeit. In: *Zeitschrift für systemische Therapie*, 19. Jg. (2001), Nr. 4, S. 201 - 210
- Zihlmann, V. (2011). *Das personen-zentrierte Recovery-Konzept. Eine dialogische Bewertung & Beurteilung aus der Sicht von Studierenden des Diploma of Advanced. Studienganges für Psychiatrie- Erfahrene, Angehörige & Professionell Tätige*, Master of Science in Sozialer Arbeit. Erlenbach.

Elektronische Publikationen

Bock, Th., et al. Es ist normal verschieden zu sein, Psychiatrie Verlag.

Psychoseseminar Zürich, ein Trialog zwischen Betroffenen, Angehörigen und Professionellen. Zugriff am 13.11.2011, auf: .

<http://www.psychoseseminarzürich.ch/page3/page3.html>

Herriger, N. (2009). Empowerment - Potenziale nutzen. Zugriff am 19.12.2011, auf:

<http://www.empowerment.de/grundlagentext.html>

Pro mente Sana. (n.d.). *Borderline Trialog.* Zugriff am 17.10.2011, auf:

http://www.promentesana.ch/page.php?pages_id=216&language=de

Pro mente Sana. (n.d.). *Psychose Seminare.* Zugriff am 17.10.2011, auf:

http://www.promentesana.ch/page.php?language=de&pages_id=146

Schrappe, A. (2009). Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Familien. *Das Würzburger Präventions- und Qualifizierungsprojekt. Kurzfassung.* Zugriff am:

01.02.2012, auf: <http://www.wuerzburger-projekt.de/konzeption.pdf>

Stötter, R. (2011). Fachtagung der DGSP „Psychiatrische Versorgung im ländlichen

Raum“. Forum 1: „Selbstbestimmung – Wege der Genesung“. *Vortrag zum Trialog am 30. Juni 2011.* Zugriff am 21.11.2011, auf:

<http://www.einblicke.bplaced.net/files/Vortrag%20zum%20Trialog.pdf>

von Trotha, T. (2001). Unterwegs zu alten Frage: in: Roth, K. (Hg.): "Antipsychiatrie.

Sinnerzeugung durch Entfesselung der Vielstimmigkeit", (2001). Dortmund: Verlag modernes lernen 2001 (= Zeitschrift für systemische Therapie, 19., Nr. 4), S. 201-210. Zugriff am 13.01.2011, auf:

http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/trotha_unterwegs.htm

von Trotha, T. (1995). Zum Nonsenswort „Trialog“. *Sozialpsychiatrische Information (BRD)*, 25. Nr. 4, S.6. Zugriff am 13.01.2012, auf:

http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/trotha_trialog.htm

8 Anhang

8.1 Anhang 1: Flyer Eltern Recovery-Gruppe

Quelle: eigene Darstellung



Was ist Recovery ?

Recovery (*Gesundheit*) ist eine Haltung, eine Einstellung und ein Weg.

Der Reichtum der eigenen Erfahrungen mit seiner Krankheit soll genutzt werden, um einen Weg zur Gesundheit und Wiedergewinnung von Lebensqualität zu finden.

Die Betroffenen erleben sich nicht mehr nur als „krank“, sondern entdecken individuelle Stärken.

Zusammen **den Weg gehen**, Hoffnung geben, um schliesslich eigene, neue, individuelle Lebensinhalte und Perspektiven zu entwickeln, **ist das Ziel**.

Zielpersonen

- Psychiatriebetroffene Eltern, welche sich auf einen Weg der Gesundheit machen wollen
- Den Austausch mit anderen Betroffenen mit ähnlichen Erfahrungen suchen
- Durch die Gemeinsamkeit, Funken der Hoffnung entflammen möchten

Kontakt / Informationen

Ines Langenegger

Betroffenenvertreterin
Genesungsbegleiterin
DAS EX - IN
med. Praxisassistentin
Tel. 032 377 25 40

© inla

8.2 Anhang 2: Flyer Trialog (Titelblatt)

Quelle: eigene Darstellung

Über den Dialog vom Monolog zum Trialog

Trialog psychisch belasteter Eltern

