

Trialog: Was ist ein Trialog, und wie lässt er sich verwirklichen?

Abschlussarbeit

Claude Spiller

DAS Experienced Involvement

Berner Fachhochschule für Gesundheit

Prof. A. Heuer

Berner Fachhochschule

Fachbereich Gesundheit

Bern

Juni 2014

&

René Hadorn

Projektleiter

DAS Experienced Involvement

Bern

Juni 2014

MA Claude Spiller

Dornacherstrasse 246

4053 Basel

email: claudio.spiller@gmail.com

Tel: 078 824 53 20

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und Fragestellung	3
Methode	3
Erste Definition des Begriffs Dialog	3
Geschichte des Dialogs	4
Abgrenzung des Dialogs zum Demokratiebegriff	5
Fazit	8
Ziel des Dialogs	9
Herrschaftsfreier Diskurs oder Diskussion als Modell für den Dialog	9
Die Regeln des Dialogs	11
Die Bedeutung der Moderation.....	14
Fazit	15
Die positiven Folgen des Dialogs	15
Die Psychiatrie-Erfahrenen	16
Die Angehörigen	17
Die Experten	18
Fazit	19
Schlusswort	19

Einleitung und Fragestellung

Im September 2012 begann ich die Ausbildung „EX-IN“ (Experienced Involvement) an der Fachhochschule für Gesundheit in Bern. Ziel der Ausbildung ist es, Psychiatrie-Erfahrene als „Peers“ oder, in Deutsch, Fürsprecher auszubilden. Peers sollen als Psychiatrie-Erfahrene Menschen helfen, die psychisch erkrankt sind. Im Rahmen dieser Ausbildung war ein Modul dem sogenannten Trialog gewidmet. Das Thema interessierte mich sofort, gibt es doch Bezüge zu meinem früheren Studium, als ich im Nebenfach Philosophie studierte. In der Folge nahm ich selbst an Trialogen teil und bin seit Anfang 2014 im Behandlungsbeirat der Universitären Psychiatrischen Klinik Basel, der sich auch trialogisch zusammensetzt.

Im Folgenden versuche ich im ersten Teil der Arbeit den Begriff Trialog möglichst genau zu definieren. Ich möchte also die Frage beantworten: Was ist ein Trialog? Dabei konzentriere ich mich auf eine Definition des Begriffs im Rahmen der Sozial-Psychiatrie. In einem zweiten Teil werde ich der Frage nachgehen, wie sich ein Trialog verwirklichen lässt und was seine positiven Auswirkungen sein können.

Methode

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturliteraturarbeit. Sie versucht anhand der wissenschaftlichen Literatur die oben gestellten Fragen zu bearbeiten. Dabei hätte es allerdings den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, wenn alle verfügbaren wissenschaftlichen Texte zum Trialog einbezogen worden wären. Die Arbeit beschränkt sich auf die deutschsprachige, wissenschaftliche Literatur und deckt auch hier nicht die ganze Bandbreite ab. Zudem liegt der Schwerpunkt beim Trialog mit Experten, Angehörigen und Betroffenen beim Krankheitsbild der Schizophrenie.

Erste Definition des Trialogs

Das Wort Trialog ist ein Kunstbegriff aus dem Griechischen und setzt sich aus den Teilen tria, was soviel wie drei bedeutet, und aus log zusammen, das auf das griechische Wort logos verweist. Logos hat einen grossen Bedeutungsspielraum: Menschliche Rede, sinnvolles Wort, Begriff aber auch Vernunft oder gar göttliche Vernunft (Duden, 1997. S. 481). Erstmals erscheint der Begriff im 14. Jahrhundert beim englischen Theologen John Wiclef (1324-1384)

und bezeichnet die Diskussion zwischen Wahrheit, Lüge und Klugheit (Siemen, 2007. S. 18). Heute wird das Wort in verschiedenen Kontexten gebraucht. So kann es etwa die Diskussion zwischen den drei grossen monotheistischen Weltreligionen (Judentum, Islam, Christentum) bezeichnen. Im Rahmen der Sozial-Psychiatrie ist der Trialog im deutschsprachigen Raum eine eher neue Erscheinung, wie noch zu zeigen sein wird. Er bedeutet hier zuerst einmal die Diskussion zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Experten und Angehörigen. Mit dieser rein formalen Definition, nämlich die Beteiligung drei verschiedenen „Parteien“ an einem Gespräch haben wir eine erste Definition des Trialogs.

Geschichte des Trialogs

Eine ausführliche Geschichte des Trialog bei psychischen Erkrankungen ist eigentlich noch zu schreiben. Das kann im Rahmen dieser Seminararbeit nicht geschehen. Hier soll nur versucht werden einen Abriss dieser Geschichte zu geben.

Pioniere in Deutschland sind die Betroffene Dorothea Buck und der Psychologe Thomas Bock. Sie gründeten zusammen 1989 das erste trialogische Psychose-Seminar in Hamburg (Bock et al., 2013. S. 249). Ein wichtiger Meilenstein zur Verbreitung des Trialogs in der Psychiatrie war der Weltkongress für soziale Psychiatrie, der unter dem Titel „Abschied von Babylon“ 1994 in Hamburg mit Referenten aus allen drei Perspektiven (Betroffene, Experten, Angehörige) stattfand. Für die Weiterverbreitung war ausserdem wichtig, dass 1992 in Deutschland der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener entstanden ist. So gab es nun in Deutschland mit der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie als berufsgruppenübergreifende Fachgesellschaft und dem Bundesverband der Angehörigen eine Basis für den Trialog auch auf Verbandsebene (Bock, 2013, S. 248). Was aber waren die Intentionen der Pioniere? Sie wollten, um es einfach auszudrücken, Partizipation der Betroffenen und der Angehörigen in der Psychiatrie. Versucht man diese Intention und ihre Umsetzung, unter anderem durch den Trialog, historisch einzuordnen, so erweisen sich diese als mittlerer Weg zwischen zwei radikalen Sichtweisen der Psychiatrie, wie sie das 20. Jahrhundert hervorgebracht hat. Da steht auf der einen Seite der Nationalsozialismus in Deutschland. Hier wurden die Betroffenen total entmündigt, ja als unwertes Leben getötet. Die Psychiatrie des Nationalsozialismus sah die psychisch erkrankten Menschen gar nicht als Menschen an. Sie mussten also zwangssterilisiert oder getötet werden (Schott & Tölle, 2006, S. 169-173). Es ist deshalb mehr als verständlich, dass gerade in Deutschland der trialogische Erfahrungsaustausch als Antwort auf die menschenverachtende Psychiatrie während des

Nationalsozialismus gesehen wird. Es ist die Abwertung zu nur verwahrten, sprachlosen Objekten, die durch den Dialog aufgehoben und durchbrochen werden soll (Buck, 2007, S. 24).

Auf der anderen Seite steht die radikale Antipsychiatrie, wie sie vor allem von David G. Cooper, Ronald D. Laing und Thomas S. Szasz vertreten wurde. Sie entstand in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts. Die Antipsychiater wandten sich nicht nur gegen Missstände in den psychiatrischen Kliniken, sondern zielten vielmehr auf die medizinischen und psychopathologischen Konzeptionen der Psychiatrie, letztlich auf das psychische Kranksein an sich ab. Psychische Krankheit, vor allem die Schizophrenie, wurden als Produkte sozialer Prozesse angesehen. Folglich wurde die psychiatrische Pharmakotherapie scharf angegriffen und auch die geläufige Krankheitseinteilung (DSM, ICD) abgelehnt. Die Behandlung psychischer Krankheiten sei nicht möglich oder nicht nötig. Die Psychiatrie im Ganzen wurde als überflüssige, ja schädliche Disziplin angesehen (Schott & Tölle, 2006, S. 210-212).

Zugespitzt lässt sich sagen, dass im Nationalsozialismus der psychisch kranke Mensch als Mensch negiert wurde, bei den Antipsychiatern die psychische Krankheit.

Folgt man den Intentionen der Begründer des Dialogs, geht es dabei nicht um eine paternalistische Psychiatrie noch gegen die Psychiatrie als solche, sondern um Zusammenarbeit zur Verbesserung der Psychiatrie und um die Stigmatisierung von Betroffenen zu verhindern. Es sollte in den Psychose-Seminaren (PS) nicht über psychotische Menschen, sondern mit psychotischen Menschen und den Angehörigen gesprochen werden (Zihlmann, 2011, S. 39).

In Deutschland gab es im Jahr 2008 bereits 152 Psychose-Seminare, die sich ziemlich gleich auf Norddeutschland (78 PS) und Süddeutschland (74 PS) verteilten. In Österreich gab es zu diesem Zeitpunkt 12 Psychoseminare. (Bäumler et al., 2008, S. 42). Mittlerweile gibt es auch Dialoge, in denen es um andere Krankheitsbilder wie z.B. Borderline, Depression, Angststörungen etc. geht (Zihlmann, 2011, S. 39). Auch in der Deutschschweiz sind in jeder grösseren Stadt dialogisch organisierte Psychose-Seminare, sowie auch Borderline, Depression, Angststörungen etc. vorhanden (Zihlmann, 2011, S. 40).

Abgrenzung des Dialogs zum Demokratiebegriff

Im Folgenden möchte ich den Dialogbegriff vom Demokratiebegriff abgrenzen. Ich möchte dabei zeigen, dass der Demokratiebegriff nicht tauglich ist, den Dialogbegriff näher zu bestimmen. Das Problem ist, wie ich zeigen will, dass bei einer Verknüpfung beider Begriffe,

einerseits der Demokratiebegriff verwässert wird, andererseits die Erwartungen an den Trialog zu hoch werden.

Der Untertitel des Buches *Trialog praktisch* verweist auf die Demokratie: Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie (Bombosch et al. 2007). Im selbigen Buch fordern die Autoren und Autorinnen J. Bombosch, R. Fricke, S. Heim, R. Peukert und R. Suhre:

Im „praktischen Trialog“ sollte es zukünftig kein Entscheidungsgremium im Kontext Sozialpsychiatrie/Psychiatrie mehr geben, das Planungen, Politik, strategische oder operative Prozesse, Forschungen, Aus-, Fort- und Weiterbildungen ... usw. vorbereitet, koordiniert und/oder steuert und es sich leisten kann, auf die Kompetenz von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen zu verzichten! (Bombosch et al. 2007, S 116).

Und in den ebenfalls veröffentlichten Magdeburger Thesen, die während der gemeinsamen Tagung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE), des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BapK) sowie der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) vom 27. bis 29. März in Magdeburg verfasst wurden, lautet Artikel 4:

Die Verwirklichung einer demokratischen Psychiatrie, die auf dem Trialog fusst, erfordert die volle Unterstützung der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger (Bombosch et al. 2007, S. 117).

Nun ist an sich nichts einzuwenden gegen die Forderung, dass die erwähnten Entscheidungs-Gremien der Form nach trialogisch zusammengesetzt sein sollen. Die Frage ist, ob eine solche trialogische Form schon demokratisch ist und ob der Begriff des Trialogs rein formal definiert werden soll?

Demokratie ist ein komplexer Begriff. So gibt es eine Vielzahl verschiedener Demokratietheorien, die den Begriff unterschiedlich definieren. In der vorliegenden Arbeit soll dabei die Theorie von Jürgen Habermas im Fokus sein, denn auf diese wird im oben zitierten Text verwiesen (Bombosch et al. 2007, S.116). Doch bevor ich mich Jürgen Habermas Demokratietheorie zuwende, werde ich auf ein grundsätzliches Problem hinweisen: dasjenige der demokratischen Legitimation. In einer repräsentativen Demokratie werden die ParlamentarierInnen durch die Wahl durch die BürgerInnen legitimiert, in deren Namen Entscheide zu treffen. Wie aber sind die Teilnehmer an einem trialogisch zusammengesetzten

Entscheidungsgremium legitimiert? Es ist ja durchaus nicht so, dass z.B. die Psychiatrie-Erfahrenen eine Sprache sprechen würden, oder anders gesagt, dass sie immer gleicher Meinung sind. Um demokratisch legitimiert zu sein, müssten sie aus dem Kreis aller Psychiatrie-Erfahrener gewählt worden sein.

Habermas bezeichnet seine Demokratietheorie als deliberative Demokratie. Im Zentrum der Theorie steht der Begriff der Deliberation. Dieser wird prozedural interpretiert, in einer dezentrierten Gesellschaft, die eine Pluralität kommunikativer und argumentativer Foren aufweist. Habermas zufolge müssen bindende Entscheidungen, um legitim zu sein, von Kommunikationsflüssen gesteuert sein, die von der Peripherie ausgehen und die Schleusen demokratischer und rechtsstaatlicher Verfahren passieren (Forst, 2007, S.766-767). Der Trialog ist sicher ein kommunikatives und argumentatives Forum. Er ist sicherlich auch eher der Peripherie zuzuordnen. Doch Entscheidungen müssen, um legitim zu sein, darauf beharrt Habermas, die Schleusen demokratischer und rechtsstaatlicher Verfahren passieren. Ein solches Verfahren ist, wenn ich richtig sehe, eben die Wahl, die eine Person legitimiert, für andere Entscheidungen zu treffen. Folglich können Entscheide, die in einem trialogisch zusammengesetzten Entscheidungsgremium getroffen werden, dass sich nicht aus gewählten Mitgliedern zusammengesetzt, durchaus legitimiert sein, aber eben nicht demokratisch legitimiert sein. Wie eine nicht demokratische Legitimation begründet werden kann, ist hier nicht von Interesse, denn ich wollte nur aufzeigen, dass sich auch die deliberative Demokratie von Jürgen Habermas nicht mit dem Trialog deckt.

Nun scheint es vielleicht so, dass ich trialogisch zusammengesetzte Entscheidungsgremien ablehne. Doch das stimmt nicht. Ich behaupte nur, dass diese Gremien nichts mit Demokratie zu tun haben. Das heisst auch nicht, dass sich Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige an demokratischen, politischen Entscheidungsprozessen nicht beteiligen sollen. Gerade die Verbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen sollten als „Pressure Groups“ Einfluss auf die Entscheidungsfindungen im Parlament nehmen, indem sie ihre Argumente und Sichtweisen darlegen.

Ich sehe bei einem Trialog nicht die Entscheidungsfindung im Vordergrund. Auch möchte ich den Trialog in einer weiten Definition bestimmen, nämlich rein formal als eine Diskussion dreier „Parteien“ und in einer engeren Definition, die neben dem formalen Aspekt auch die inhaltliche Komponente des einander besser Verstehens beinhaltet. Deshalb finde ich auch die Entscheidungsfindung nicht so wichtig. Bei der Entscheidungsfindung lassen sich drei Typen von Entscheidungen unterscheiden: den Konsens, den Kompromiss und den Mehrheitsentscheid. Der Konsens ist dabei insofern unproblematisch als alle Beteiligten gleicher Meinung sind. Beim Kompromiss stimmen zwar alle zu, doch jeder der Beteiligten

musste von seiner persönlich bevorzugten Lösung abrücken. Beim Mehrheitsentscheid kommt man weder zu einem Konsens noch zu einem Kompromiss. Die Verlierer beim Mehrheitsentscheid werden immer unzufrieden sein. Ist also für einen Trialog im engeren Sinne wichtig, dass bindende Entscheidungen getroffen werden? Ich glaube nicht. Vielmehr kann in einem Entscheidungsgremium ein Mehrheitsentscheid zur Folge haben, dass Konflikte vertieft und Klischees verfestigt werden. Ein Trialog im engeren Sinne, so meine Definition, versucht im Gegenteil das gegenseitige Verständnis von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Experten zu verbessern.

Fazit

Im letzten Kapitel habe ich zwei Begriffe von Trialog unterschieden:

- Einen weiten, formalen Begriff, der den Trialog so definiert, dass drei verschiedene Gruppen (Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrene und Experten) miteinander diskutieren und auch in einem Entscheidungsgremium zum Beispiel zu verbindlichen Entscheidungen kommen können.
- Einen vorläufigen, engen Begriff, bei dem die drei Gruppen versuchen das gegenseitige Verständnis zu verbessern.

Im Weiteren habe ich versucht zu zeigen, dass ein Trialog nicht mit dem Demokratiebegriff deckungsgleich ist. Mehr Trialoge bedeuten nicht mehr Demokratie. Gerade der Demokratiebegriff von Habermas wird, soweit ich sehe, dabei von verschiedenen Autor/Innen missverstanden. In der Demokratietheorie von Habermas ist nicht der herrschaftsfreie Diskurs sondern der Begriff der Deliberation zentral. Die demokratische Legitimation ist bei einem Trialog nicht gewährleistet. Wer trotzdem in Zusammenhang mit dem Trialog von Demokratie spricht, verwässert meiner Ansicht nach den Demokratiebegriff. Viel nützlicher ist der Begriff der Partizipation, wie in etwa Bock benutzt (Bock, 2012, S. 365-380). Es geht also um Teilhabe. Das ist keine Abwertung des Trialogs, es schützt uns vielmehr vor zu hohen Erwartungen, was die rechtlichen und institutionellen Konsequenzen des Trialogs im Sinne eines engen Begriffs angeht.

Ziel des Dialogs

Auf folgende Fragen möchte ich in diesem Kapitel eingehen: Ist der Begriff des herrschaftsfreien Diskurs von Habermas oder die Diskussion wie es Zihlmann (Zihlmann, 2011, S. 49) vorschlägt besser als Modell für den Dialog (enge Definition) geeignet? Wie definiere ich den engen Begriff des Dialogs? Wie lässt sich ein solches Ziel erreichen, und was sind die Probleme auf diesem Weg? Im Folgenden möchte ich auf diese Frage eingehen, wobei angesichts der Komplexität dieser Frage nur einzelne Aspekte behandelt werden können.

Herrschaftsfreier Diskurs oder Diskussion als Modell für den Dialog?

Wenn es um die gleiche Augenhöhe aller am Dialog beteiligten geht, so ist der Begriff des herrschaftsfreien Diskurs von Habermas als Ziel interessant. Wichtig ist dabei festzuhalten, dass der herrschaftsfreie Diskurs ein Idealzustand ist. Vera Zihlmann versucht anhand einzelner Komponenten der Theorie von Habermas Verbindungen, respektive Diskrepanzen zwischen dem Dialog und dem herrschaftsfreien Diskurs aufzuzeigen und dabei vorläufige theoriebezogene Handlungsbezüge zu formulieren (Zihlmann, 2011, S, 42-43). Im Folgenden werde ich mich mit ihrer Arbeit auseinandersetzen. Zuerst möchte ich zeigen wie Zihlmann im Anschluss an Habermas den herrschaftsfreien Diskurs definiert. Sie zählt vier Punkte auf, die erfüllt werden müssen, damit von einem Herrschaftsfreien Diskurs gesprochen werden kann (Zihlmann, 2011, S. 48).

Die Beteiligten müssen eine verständnisorientierte Grundhaltung einnehmen. D.h.: Die Beteiligten sind an der gegenseitigen Verständigung interessiert und nicht primär am eigenen Erfolg (Zihlmann, 2011, S.47). Es geht also nicht darum seine eigenen Ansichten mit allen möglichen Mitteln, wie etwa überreden oder durch Manipulation, durchzusetzen.

Es muss geklärt sein, auf welchen Geltungsanspruch sich der Diskurs bezieht. Ein Geltungsanspruch kann sich auf drei verschiedene Welten beziehen:

- Die objektive Welt: Hier geht es um Wahrheit. Eine Verneinung des Zuhörenden bedeutet, dass er den Wahrheitsanspruch der Aussage des Sprechenden nicht anerkennt.
- Die soziale Welt: Hier geht es um Richtigkeit. Eine Ablehnung des Gesprochenen bedeutet die Infragestellung der normativen Richtigkeit.

- Die subjektive Welt: Hier geht es um Wahrhaftigkeit. Der Sprecher bezieht sich auf ein nur ihm zugängliches subjektives Erlebnis. Eine Infragestellung bedeutet, dass die Wahrhaftigkeit der Selbstpräsentation in Frage gestellt wird.

Die ideale Sprechsituation muss erfüllt sein. Die ideale Sprechsituation zeichnet sich durch vier ideale Bedingungen aus, die im Folgenden aufgelistet werden:

- Alle Teilnehmenden müssen die gleichen Chancen haben, einen Diskurs zu beginnen und diesen mitzugestalten.
- Alle Teilnehmenden müssen die gleichen Chancen haben, das Gesagte und somit den Geltungsanspruch in Frage zu stellen.
- Zugelassen zum Diskurs sind Sprechende, wenn sie als Handelnde die gleichen Chancen haben, ihre Gefühle, Wünsche und Einstellungen zum Ausdruck zu bringen.
- Zugelassen zum Diskurs sind Sprechende, wenn sie als Handelnde die gleichen Chancen haben, zu befehlen, sich zu widersetzen, zu erlauben, zu verbieten, Versprechungen zu geben und abzunehmen (Zihlmann, 2011, S. 45).

Alle Beteiligten müssen bereit sein, sich in die jeweilige Interessenlage und Situation aller Teilnehmenden hineinzusetzen.

Im Anschluss an diese Definition von einem herrschaftsfreien Diskurs kritisiert Zihlmann diesen als wenig geeignet als Orientierung für den Dialog. Sie schlägt ihrerseits vor, dass sich der Dialog vielmehr am Begriff der Diskussion orientieren soll. Nach ihr geht es gerade nicht darum, einen vorläufigen Konsens, wie im herrschaftsfreien Diskurs, zu finden, sondern vielmehr um eine sprachliche Annäherung und dem Akzeptieren von unterschiedlichen Meinungen. Die Diskussion ist deshalb als Orientierung für den Dialog dem herrschaftsfreien Diskurs vorzuziehen. Eine Diskussion ist nach Zihlmann eine lebhaftere Erörterung, ein Meinungsaustausch, eine Auseinandersetzung, eine Meinungsverschiedenheit, oder auch ein Streit über ein beliebiges Thema. Sie muss nicht zwingend zu einem Konsens zwischen den verschiedenen Interessengruppen führen, sondern lässt den Ausgang offen. Was meiner Meinung nach Zihlmann übersieht, ist dass ein herrschaftsfreier Diskurs gar nicht zwingend zu einem Konsens führen muss. Bei einem herrschaftsfreien Diskurs ergibt sich ein Konsens oder eben nicht. Es besteht kein Zwang zum Konsens. Wenn man die vier Bedingungen des herrschaftsfreien Diskurs beachtet, ist dies gar nicht möglich. Die Definition, die Zihlmann für den Dialog gibt, ist denn auch aus meiner Sicht nicht befriedigend:

In trialogischen Foren treffen sich verschiedene Experten und Expertinnen (Betroffene durch Lebenslage, Betroffene durch Anteilnahme, Betroffene durch berufliche, institutionelle oder funktionelle Rolle) und weitere Interessierte. Die Teilnehmer/innen nehmen eine verständnisorientierte Haltung ein, diskutieren & reflektieren verschiedene Fragestellungen rund um das Thema psychische Krankheit und Gesundheit, dies mit dem Ziel, die gegenseitige Verständigung und Akzeptanz zu fördern. Mehrheitsfähige Meinungen können weiterführend Veränderungen in der (institutionellen) Handlungspraxis bewirken. Das Spannungsverhältnis der ungleichen Machtverhältnisse in der Handlungspraxis, wird in der Diskussion, Reflexion und Umsetzung berücksichtigt (Zihlmann, 2011, S. 49).

Aus meiner Sicht würde ich als einzige Korrektur, den Satz: „Mehrheitsfähige Meinungen können weiterführend Veränderungen in der (institutionellen) Handlungspraxis bewirken.“ durch den Satz ersetzen: Konsensfähige Meinungen können weiterführend Veränderungen in der (institutionellen) Handlungspraxis bewirken“.

Denn mehrheitsfähige Entscheidungen fördern nach meiner Sicht nicht verständnisorientiertes Handeln, da sie, wie ich oben versucht habe zu zeigen, die trialogische Gruppe in Verlierer und Gewinner aufteilt. Beim Konsens besteht diese Gefahr hingegen nicht, alle Beteiligten sind ohne Zwang zum gleichen Schluss gekommen. Insofern sehe ich eine Orientierung des Trialogs, im Sinne meiner engen Definition, am herrschaftsfreien Diskurs durchaus als sinnvoll an.

Die Regeln des Trialogs

Gibt es Regeln im Trialog, die helfen, dass es im praktischen Trialog nicht zu einem Machtgefälle zwischen zum Beispiel den Experten und den Betroffenen kommt? Was ein Trialog konkret bedeutet, definiert die Internetseite <http://www.trialog-psychoseseminar.de>, deren Inhalte von trialogischen Kleingruppen aus dem Psychoseseminar Potsdam und dem Psychose-Forum Köln, sowie von Susanne Heim, Anja Henke, Thomas Bock, Jürgen Bombosch, Peter Stolz und Jan Tattermusch erarbeitet worden sind, wie folgt:

- zu akzeptieren, dass jeder Mensch über eigene Wahrheiten verfügt
- auszuhalten, dass Wahrheiten in Widerspruch zueinander stehen dürfen
- sich respektvoll auf gleicher Augenhöhe zu begegnen

- fremde Lebenswege und Erfahrungen gelten zu lassen und schätzen zu lernen
- auch strittige Auseinandersetzungen respektvoll zu führen
- eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, um miteinander zu lernen
- Toleranz zu üben gegenüber schwer verstehbaren und befremdlichen Vorstellungen, Gefühlen, Ansichten, Entscheidungen und Handlungen von Menschen, die aus dem Rahmen dessen herausfallen, was gemeinhin als „normal“ gilt
- Sensibilität für das subjektive Leiden anderer zu entwickeln
- sich an die Seite von Menschen zu stellen, die in unserer Gesellschaft aufgrund ihrer Besonderheiten ausgegrenzt, stigmatisiert oder benachteiligt werden
- Menschen zu ermutigen, ihren eigenen, eigen-sinnigen, unkonventionellen, aber selbst bestimmten Lebensweg zu gehen
- jedem Menschen die Entscheidung zu überlassen, ob, wann und in welcher Weise ihm/ihr die Auseinandersetzung gut tut
- allen Teilnehmenden die Möglichkeit zu lassen, sich durch Anonymität zu schützen
- anzuerkennen, dass auch Zuhören hilfreich sein und die Selbstaueinandersetzung fördern kann; es bleibt jeder/jedem überlassen, ob und zu welchem Zeitpunkt sie oder er sich äussert
- Gegenseitiges persönliches Befragen nur dann als sinnvoll zuzulassen, wenn zugleich das Motiv des/der Fragenden für alle verständlich gemacht werden kann
- nach dem Motto zu handeln: Je mehr Erfahrung in die dialogische Gesprächsrunde hineinkommt, desto mehr nimmt jede/r mit
- miteinander zu sprechen und nicht übereinander zu reden

Betont werden in dieser Liste vor allem Werte wie Respekt vor einander, Empathie und Toleranz. Der Diskurs im Dialog bezieht sich von den drei bei Habermas erwähnten Welten vor allem auf diejenige der subjektiven Welt. Niemandem soll die Wahrhaftigkeit der Selbstpräsentation bestritten werden. Die Beteiligten sollen ermutigt werden, im Sinne von „Empowerment“, ihren eigenen Weg zu gehen.

Das Münchner Psychose-Seminar, das sich angesichts der grossen Teilnehmerzahl in Kleingruppen aufteilt, orientiert sich an das Themenzentrierte Interaktion-Modell (TZI-Modell) von Ruth Cohn. Dabei werden zehn Gruppen- und Kommunikationsregeln aufgestellt, die einen möglichst reibungslosen, stressarmen und von gegenseitiger Rücksichtnahme geprägten Umgangsstil gewährleisten sollen.

- *Moderationsaufgaben:* Pro Kleingruppe werden zwei Moderatoren bestimmt, die für eine tolerante Diskussionskultur, in der alle zu Worte kommen können, und auf die Einhaltung eines thematischen „roten Fadens“ achten.
- *„Blitzlicht“-Runde:* Zu Beginn und am Ende jeder Kleingruppensitzung wird per „Blitzlicht“-Runde die aktuelle Befindlichkeit erhoben, um etwaige Probleme sofort besprechen zu können.
- *Protokoll:* Pro Kleingruppensitzung wird eine Protokollantin oder ein Protokollant für ein Ergebnisprotokoll ausgewählt; in den letzten fünf Minuten der Kleingruppe werden dafür die wichtigsten Punkte gemeinsam zusammengetragen, Zu Beginn der nächsten Sitzung wird das schriftliche Protokoll an alle Mitglieder ausgeteilt.
- *Vertraulichkeit/Schweigepflicht:* Keine intimen Gesprächsinhalte weitergeben!
- *Verbindlichkeit/Verlassen der Gruppe:* Verbindliche Abmeldung ist erforderlich, sofern jemand an der Teilnahme des Seminars verhindert ist.
- *Seminarplanung und „Beim-Thema-Bleiben“:* Jeder Kleingruppe kann souverän ihr Gesprächsthema bestimmen. Die Fokussierung auf einige wenige Themen wird empfohlen, um keine Reizüberflutung zu provozieren
- *„Störungen haben Vorrang!“* Sofern ein Teilnehmer sich in der Runde nicht mehr wohlfühlen und überfordert fühlen sollte, wird er von einem Mitglied des Psychose-Seminars, das vorher schon als Krisenhelfer bestimmt worden ist, begleitet. Bei nachhaltigen Problemen wird das Leitungsteam beigezogen.
- *Selbstverantwortung:* Jeder Teilnehmer ist für sich selbst verantwortlich, jeder soll sich nur soweit einbringen, wie es ihm gut tut.
- *Sicherheit und Vertrauen:* Die Erfahrung hat gezeigt, dass sich eine vertrauensvolle Atmosphäre zirkulär aufbaut: Je offener jemand seine eigenen Wünsche und Erfahrungen in die Gruppe einbringt, desto mehr Ermutigung zum Erfahrungsaustausch mit anderen erfährt er/sie selbst und die Gruppe insgesamt.
- *Vulnerabilität:* Sowohl Moderatoren als auch Teilnehmer sollen sich der besonderen Verantwortung bewusst sein, dass Menschen mit Psychosen oft einer besondere Sensibilität und Verwundbarkeit (Vulnerabilität) besitzen, die unter ungünstigen Bedingungen (Stress) zur psychischen Destabilisierung führen können, Deshalb wird ein gutes, offenes und respektvolles Miteinanderumgehen im Psychose-Seminar als *Conditio sine qua non* angesehen (Bäumel et al, 2008, S. 50-51).

Wichtig ist in diesem Katalog, vor allem der Punkt „Störungen haben Vorrang“. Damit wird sicher gestellt, dass bei einem Unwohlsein eines Teilnehmers oder einer Teilnehmerin nicht

einfach das Gespräch weitergeführt, sondern auf die konkrete Person eingegangen wird. Ich glaube aber, dass dabei nicht nur ein Krisenhelfer bestimmt werden sollte, um die Person ausserhalb der Diskussion zu begleiten, sondern das Unwohlsein, wenn die betroffene Person dies will, direkt in der Runde angesprochen wird. Damit könnte gerade das gegenseitige Verständnis vertieft und erhöht werden.

Oft wird auch gefordert, dass jeder/jede im Trialog in der Ich-Form spricht. So wird sicher- gestellt, dass alle Teilnehmer von ihren persönlichen Erfahrungen sprechen. Gerade Experten werden so veranlasst, ihre Definitionsmacht abzugeben. Sie sollen mit nicht mit ihrem Expertenwissen den Trialog dominieren, sondern viel mehr ihre ganz subjektive Sicht einbringen. Auch hinter diesem Postulat, dass im Trialog die Ich-Form benutzt wird, steht die Selbstpräsentation im Vordergrund. Experten sollen aus ihrer Rolle schlüpfen und als Menschen sichtbar werden, die ihre Probleme und Schwierigkeiten, aber auch ihre Erfolge haben.

Die Bedeutung der Moderation

Um einen Trialog, in dem die gleiche Augenhöhe gewährt ist, zu gewährleisten, ist die Rolle des Moderators oder der Moderatorin von besonderer Wichtigkeit. Sie/Er hat wesentlichen Einfluss darauf, wie ein Trialog verläuft: Ob etwa alle zu Worte kommen können und in ihrer Haltung respektiert werden. Sie/Er hat auch die Möglichkeit, darauf zu achten, dass bei Meinungsverschiedenheiten diese nicht in einen Streit ausarten, sondern, dass, wenn keine Einigung über den strittigen Punkt erzielt werden kann, die verschiedenen Meinungen im Raum stehen gelassen werden. Dabei hat die Moderatorin oder der Moderator verschiedene Möglichkeiten auf die Diskussion konstruktiv einzuwirken. Hier einige Beispiele:

- Sie/Er kann bei Verständnisfragen Nachfragen, um sicherzustellen, dass alle die sprechende Person richtig verstanden haben.
- Sie/Er kann und sollte bei Störungen, diese thematisieren, und so das Gespräch auf der Metaebene weiterführen.
- Sie/Er kann und sollte eine Person „schützen“, wenn diese nicht weiter auf eine Frage eingehen will, indem sie/er bestimmt, dass die Person „in Ruhe gelassen wird“.

Es ist deshalb wichtig, dass sich der Moderator oder die Moderatorin sich mit ihrer Rolle auseinandersetzt und diese reflektiert.

Fazit

Im vorhergehenden Abschnitt bin ich in Auseinandersetzung mit dem Trialogbegriff von Zihlmann zu folgender Definition des Trialogs im engen Sinne gekommen:

In trialogischen Foren treffen sich verschiedene Experten und Expertinnen (Betroffene durch Lebenslage, Betroffene durch Anteilnahme, Betroffene durch berufliche, institutionelle oder funktionelle Rolle) und weitere Interessierte. Die Teilnehmer/innen nehmen eine verständnisorientierte Haltung ein, diskutieren & reflektieren verschiedene Fragestellungen rund um das Thema psychische Krankheit und Gesundheit, dies mit dem Ziel, die gegenseitige Verständigung und Akzeptanz zu fördern. Konsensfähige Meinungen können weiterführend Veränderungen in der (institutionellen) Handlungspraxis bewirken. Das Spannungsverhältnis der ungleichen Machtverhältnisse in der Handlungspraxis, wird in der Diskussion, Reflexion und Umsetzung berücksichtigt.

Ich versuchte darzulegen, dass der Begriff des (herrschaftsfreien) Diskurses von Habermas und nicht die Diskussion, wie es Zihlmann vorschlägt, als Modell für den Trialog dienen sollte. Der (herrschaftsfreie) Diskurs, wie er von Habermas definiert wird, gilt als Ideal, das zwar nie erreicht werden kann, aber das so weit wie möglich verwirklicht werden sollte. Um dies zu erreichen, sollten Regeln wie die zwei erwähnten Beispiele von den Teilnehmenden an einem Trialog eingehalten werden. Im Vordergrund steht meiner Meinung nach bei einem Trialog die subjektive Welt der Teilnehmenden. Konsequenterweise soll im Trialog niemandem seine Selbstpräsentation bestritten werden. Als letzter wichtiger Punkt für die Verwirklichung eines gelungenen Trialogs wies ich auf die Bedeutung der Moderation hin. Sie/Er haben die Möglichkeiten darüber zu wachen, dass die Regeln im Trialog auch wirklich eingehalten werden.

Die positiven Folgen des Trialogs

Im Folgenden möchte ich auf die positiven Folgen des Trialogs für die Teilnehmenden eingehen. Dabei werde ich die Wirkung auf jede der drei Gruppen (Angehörige, Experten und Psychiatrie-Erfahrene) untersuchen. Ich stütze mich dabei vor allem auf Erfahrungsberichte, denn die empirische Datenlage zu Ansätzen der Partizipation, wie der Trialog, sind dürftig (Bock, 2012, S. 376).

Die Psychiatrie-Erfahrenen

Bei der Beschreibung der positiven Wirkungen des Trialogs konzentriere ich mich zuerst auf die Erfahrungen der Betroffenen. Wie und warum haben die Psychiatrie-Erfahrenen den Trialog als positiv erfahren?

Dorothea Buck beschreibt den Trialog als Ausbruch aus der Gesprächslosigkeit der Psychiatrie. Der Erfahrungsaustausch bedeutet eine Befreiung von der psychiatrischen Abwertung der Psychosen als einem sinnlosen Erleben, die zur Verleugnung der eigenen Lebensgeschichte zwingt, eine Befreiung aus der inneren Isolierung des Schweigemüssens (Buck, 1995, S. 52). Dass man im Trialog auch von Inhalten der Psychosen reden darf, und dass diese Inhalte nicht von vornherein als sinnlos von den Teilnehmern gewertet werden, wird für die Psychose-Erfahrenen als befreiend erlebt. Es stellt sich heraus, dass psychotische Episoden durchaus eine Bedeutung in einer Lebensgeschichte haben können (Osterfeld, 2007, S.55).

Natürlich ist die Erfahrung, dass man nicht allein ist mit seiner Krankheit, ein wichtiger Aspekt für die Betroffenen (Harbeck, 2007, S. 42). Im Trialog trifft man andere Betroffene die gleiche oder ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Gerade diese Erfahrungen der anderen Betroffenen kann sehr lehrreich sein (Osterfeld, 2007, S. 55). Man kann aber auch auf Probleme in der psychiatrischen Betreuungen hinweisen, ohne dass man sich dabei ganz allein den Experten gegenüber sieht. Negative Erfahrungen in der Psychiatrie können so besser verarbeitet werden (Höger, 2007, S. 45- 50). Die Tatsache, dass man im Trialog als Betroffener Kritik an der Psychiatrie üben kann, stärkt sicherlich das Selbstbewusstsein. Man fühlt sich nicht als Objekt der Psychiatrie. Zudem wird das Verständnis für die Schwierigkeiten und Probleme der Angehörigen und Experten verbessert (Osterfeld, 2007, S. 56). Die Betroffenen lernen zum Beispiel, wie belastend eine Zwangseinweisung für die Angehörigen und Experten sein können.

Aus der Sicht des Experten Thomas Bock sind folgende positive Auswirkungen bei den Betroffenen zu verzeichnen: Erstens sprechen manche Psychose-Erfahrene, die in der Therapie, auch in der Gruppentherapie, kaum oder gar nicht den Mund aufmachen, im selbstbestimmten, weitgehend absichtslosen Rahmen „wie von selbst“. Dabei wird der Integrationsprozess gefördert. Thomas sieht darin eine Therapie ohne Absicht (Bock, 2007, S. 33).

Im Trialog begegnen sich überwiegend Menschen, die nicht füreinander verantwortlich

und voneinander abhängig sind. Das hat eine auf den ersten Blick eine paradoxe Folge: Über den Umweg der Fremdheit gelingt die Verständigung oft leichter. Der psychoseerfahrene Sohn kann zum Beispiel dem fremden Vater viel besser abnehmen, dass er auch verzweifelt und voller Angst war. Für Bock resultiert daraus eine Art Familientherapie ohne Familie (Bock, 2007, Ebd.).

Gleiches gilt wohl auch für die Experten. Indem diese auch „fremd“ sind und von ihren ganz persönlichen Erfahrungen erzählen, wird eine Klima der Offenheit geschaffen. Die Selbstöffnung der Experten im Trialog hat wohl für die Betroffenen und auch die Angehörigen positive Folgen. Noch fehlen Studien die dies belegen, doch es lohnt sich ein Blick auf die psychologische Beratung. Hier gibt es Studien, die die Auswirkungen der Selbstöffnung des Therapeuten auf den Klienten untersuchten. Die Ergebnisse sprechen für eine vermehrte Selbstöffnung. Die Klienten zeigten stärkere Verbesserung bezüglich ihrer Symptome und gaben an, den Berater mehr zu mögen (Grolimund, 2014, S.66). Beim Trialog kommt das erwähnte Paradox hinzu, dass die Fremdheit gerade auch der Experten zu mehr Offenheit bei Betroffenen und Angehörigen führen kann.

Die Angehörigen

Die Angehörigen werden oft als kostenlose Mithelfer bei der Therapie gesehen und von professionellen Helfern als „Nachsorge-Einrichtung“ eingeplant. Ihnen wird so eine Rolle zugewiesen, die sie als Nicht-Experten zunehmend überfordert. Die Folge ist, dass sich bei den Angehörigen oft psychosomatische Beschwerden zeigen. Für Angehörige von psychisch Kranken scheint es besonders schwer zu sein, sich abzugrenzen. Etwas für sich zu tun, verursacht ihnen ein schlechtes Gewissen. Folgende Gründe sind dafür verantwortlich: Erstens haben die Angehörigen Angst etwas verkehrt zu machen und damit die Krankheit zu verschlimmern. Zweitens versuchen sie durch Überengagement, die Krankheit so schnell wie möglich zu beenden. Und schliesslich spielen auch Schuldgefühle und die Vorstellung, etwas wieder gut machen zu müssen, eine Rolle (Straub, 2008, S. 81).

Angehörige fühlen sich verantwortlich, wenn der Krankheitsverlauf nicht den gewünschten Verlauf nimmt. Die Reaktion darauf kann depressiv oder aggressiv sein (Schulze Mönking, 2008, S. 135).

Was aber bewirkt hier der Trialog? Wie bei den Betroffenen kann der Trialog die Erkenntnis vermitteln, dass man mit seinen Sorgen nicht allein ist. Die Angehörigen können von den andern Angehörigen und den Experten lernen, wie man zum Beispiel mit den

Schuldgefühlen umgeht und diese abbaut. Der Trialog kann eine psychoedukative Funktion für die Angehörigen haben. Durch die Informationen der Experten und der Betroffenen lernen die Angehörigen die Krankheit besser kennen. Schliesslich ist das oben erwähnte Paradox der besseren Verständigung dank Fremdheit hervorzuheben. Dass der fremde, psychose-erfahrende Sohn dem fremden Vater besser abnehmen kann, dass dieser verzweifelt und voller Angst bei der Psychose seines eigenen Sohnes war, hat sicher positive Konsequenzen für den Vater.

Experten

Für die Experten ist der Trialog sicherlich eine besondere Herausforderung. Die Regel, dass die Teilnehmer an einem Trialog in der ich-Form, also von sich persönlich, sprechen sollen, heisst für sie gleichsam einen Rollenwechsel vorzunehmen: Sie müssen sich öffnen und können sich nicht hinter dem Expertenwissen verstecken. Die Experten sind denn auch bei Trialogen immer noch sehr untervertreten, im Gegensatz zu trialogischen Grossveranstaltungen und Weiterbildungsseminaren, welche karriererelevant sind. Obwohl die Experten in den Trialogen manchmal viel Kritik einstecken müssen, wünschen die Betroffenen und die Angehörigen ihre Teilnahme am Trialog (Zihlmann, 2011, S.41).

Welchen Nutzen hat aber der Trialog für die Experten? Hier können mehrere Punkte aufgezählt werden. Normalerweise sehen die Experten die Betroffenen immer nur in der akut Phase der Krankheit. Sie sehen also vor allem den kranken Menschen. Im Trialog begegnen ihnen aber diese Menschen als Personen mit Interessen und verschiedenen Ressourcen, die selbstbestimmt sich zu gegebenen Thema äussern. Sie bekommen so ein gesamtheitlicheres Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sie vorher nur als Patienten kannten. Sie können im Weiteren, gerade wenn sie Berufsanfänger oder Medizinstudierende sind, von den Erfahrungen der Betroffenen und Angehörigen lernen (Bock, 2013, S. 245).

Umgekehrt lernen lernen die Angehörigen und Betroffenen die Strukturen und Abläufe in der Psychiatrie kennen, indem die Experten aus ihrem Arbeitsalltag erzählen. So lernen die Angehörigen und Betroffenen zum Beispiel vom Experten, wie die Rahmenbedingungen für eine Zwangseinweisung sind (Becher & Zaumseil, 2007, S. 65). Gleichzeitig bekommen gerade die Betroffenen auch ein anderes Bild von den Experten. Vorurteile werden abgebaut. Die Experten sind nicht mehr die „Götter in weiss“, die auf alles die richtige Antwort haben, sondern auch gewöhnliche Menschen, denen etwa eine Zwangsmassnahme schwierig fällt. Es ist sicher gerade diese Nivellierung des Machtgefälles zwischen Experten und Betroffenen,

die die Autorität des Experten in Akutsituationen stärken kann, so paradox dies klingt. Schliesslich kann der Trialog für den Experten wie eine Supervision wirken (Bock, 2013, S. 245).

Fazit

Da empirische Arbeiten mit grossen Datensätzen zum Trialog noch fehlen, versuchte ich die positiven Wirkungen des Trialogs auf die drei Gruppen anhand von Erfahrungsberichten aufzuzeigen. Dabei zeigte sich, dass alle drei Gruppen (Betroffene, Angehörige und Experten) vom Trialog auf unterschiedliche Weise profitieren können.

Schlusswort

Am Anfang meiner Arbeit versuchte ich den Trialog möglichst klar zu definieren. Ich unterschied dabei zwei Definitionen vom Trialog. Erstens einen rein formalen, der drei verschiedenen Parteien zusammenbringt. Zweitens eine Definition von Trialog, die nicht nur rein formal ist, sondern als Inhalt die Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses der am Trialog Beteiligten hat. Diese zweite Definition ist für mich die eigentliche Bestimmung des Trialogs im Kontext der Sozial-Psychiatrie. Trialog, so verstanden, hat, wie ich zu zeigen versuchte, keine Nähe zum Demokratiebegriff. Es geht eben nicht primär um Entscheidungsfindung im Trialog, sondern wie erwähnt, um das bessere gegenseitige Verständnis. Gerade die Bezugnahme auf den Begriff des Diskurses von Habermas als einen Begriff von seiner Demokratietheorie unterliegt einem Missverständnis. Es ist der Begriff der Deliberation, die Habermas für seine Demokratietheorie fruchtbar zu machen versucht. Dieser unterscheidet sich aber vom Begriff des Diskurses in wesentlichen Punkten. Das heisst wiederum nicht, dass der Begriff des Diskurses nicht als Modell für den Trialog dienen kann. In kritischer Auseinandersetzung mit Zihlmanns Definition vom Trialog als einer Diskussion, legte ich dar, dass der Diskursbegriff von Habermas sich besser eignet, als Modell zu dienen. Meine Definition lehnt sich an diejenige von Zihlmann an, aber unterscheidet sich in einem wesentlichen Punkt: Konsensfähige Meinungen und nicht wie bei Zihlmann mehrheitsfähige Meinungen können zu Veränderungen führen:

In trialogischen Foren treffen sich verschiedene Experten und Expertinnen
(Betroffene durch Lebenslage, Betroffene durch Anteilnahme, Betroffene

durch berufliche, institutionelle oder funktionelle Rolle) und weitere Interessierte. Die Teilnehmer/innen nehmen eine verständnisorientierte Haltung ein, diskutieren & reflektieren verschiedene Fragestellungen rund um das Thema psychische Krankheit und Gesundheit, dies mit dem Ziel, die gegenseitige Verständigung und Akzeptanz zu fördern. Konsensfähige Meinungen können weiterführend Veränderungen in der (institutionellen) Handlungspraxis bewirken. Das Spannungsverhältnis der ungleichen Machtverhältnisse in der Handlungspraxis, wird in der Diskussion, Reflexion und Umsetzung berücksichtigt.

Dabei ist festzuhalten, dass der Konsens nicht etwa das Ziel des Trialogs ist. Er ergibt sich gleichsam als Nebenprodukt des besseren gegenseitigen Verständnisses oder eben nicht, was nicht weiter schlimm ist, da er im Trialog nicht intendiert ist.

Es zeigte sich, dass um einen fruchtbaren Trialog zu führen, gewisse Regeln von Nöten sind. Diese dienen vor allem dazu, dass niemanden die Wahrhaftigkeit der Selbstpräsentation bestritten wird. Für die Beachtung der Regeln ist die Person des Moderators oder der Moderatorin sehr wichtig. Dass der Trialog erfolgreich geführt wird, hängt wesentlich auch vom Moderator/In ab. Ein erfolgreicher Trialog hat schliesslich für alle Beteiligten unterschiedliche positive Folgen. Es lohnt sich deshalb, dem Trialog noch grössere Akzeptanz zu verschaffen und die Verbreitung von ihm weiter zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Bäumli, J., Berger, H., Hansen-Heberle, H., Hoffmann, J., Kind, R., Mösch, E. et al. (2008) Das Münchner Psychose-Seminar. In Binder, W. & Bender, W. (Hrsg.) *Angehörigenarbeit und TRIALOG* (S. 29-75) Köln: Claus Richter Verlag.
- Becher, A. & Zaumseil, M. (2007) Professionelle im Psychoseseminar – Erste Forschungsergebnisse. In Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 62-72) Neumünster: Paranus.
- Bock, T. (2007) Wo wir stehen – die Landschaft der Psychoseseminare heute. In Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 29-39) Neumünster: Paranus.
- Bock, T. (2012) Partizipation in Klinischer und Sozial-Psychiatrie – Impulse aus dem Dialog. In Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.) *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (S. 365-380) Bern: Verlag Hans Huber.
- Bock, T., Meyer, H.-J. & Rouhiainen, T. (2013) Dialog – eine Herausforderung mit Zukunft. In Rössler, W. & Kahwohl, W. (Hrsg.) *Soziale Psychiatrie* (S. 243-254) Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bombosch, J., Fricke, R., Heim, S., Peukert, R. & Suhre, R. (2007) Kooperation konkret. In Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 114-118) Neumünster: Paranus.
- Buck, D. (1995) Psychiatrischer Größenwahn in Deutschland. In Bock, T., Buck, D., Gross, J., Mass, E., Sorel, E. & Wolpert, E. (Hrsg.) *Abschied von Babylon* (S. 45-52) Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Buck, D. (2007) Der dialogische Erfahrungsaustausch – Unsere Antwort auf die gesprächslose Psychiatrie, die zu den Ausrottungsmassnahmen von 1933-1945 führte. In Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 23-28) Neumünster: Paranus.
- Forst, R. (2007) Jürgen Habermas, Faktizität und Geltung. In Brocker, M. (Hrsg.) *Geschichte des politischen Denkens* (S. 757-773) Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag.
- Grolimund, F. (2014) *Psychologische Beratung und Coaching. Lehr- und Praxisbuch für Einsteiger*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Harbeck, R. (2007) Ich bin nicht die Einzige – Erfahrungen aus einem Psychoseseminar. In Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 40-44) Neumünster: Paranus.
- Höger, U. (2007) Erfahrungen mit der Psychiatrie aus zwei Blickwinkeln: Als Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene – ohne und mit Psychoseseminar. In Bombosch, J., Hansen, H.

- & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 45-50) Neumünster: Paranus.
- Osterfeld, M. (2007) Der Einfluss des Trialogs auf eine Psychiatrie-Karriere. In Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 55-61) Neumünster: Paranus.
- Schott, H. & Tölle, R. (2006) *Geschichte der Psychiatrie*. München: Ch. Beck.
- Schulze Mönking, H. (2008) Wie wir Angehörigen besser helfen können. In Binder, W. & Bender, W. (Hrsg.) *Angehörigenarbeit und TRIALOG* (S. 129-147) Köln: Claus Richter Verlag.
- Siemen, H.-L. (2007) Vom Monolog der Psychiatrie. In Bombosch, J., Hansen, H. & Blume, J. (Hrsg.) *Trialog praktisch* (S. 18-22) Neumünster: Paranus.
- Stolz, P. & Tattermusch, J. *Trialog in Psychoseseminaren*. Retrieved 11 April 2014 von <http://www.trialog-psychoseseminar.de>
- Straub, E. (2008) Angehörige im Dilemma zwischen Liebe und Selbstaufgabe. In Binder, W. & Bender, W. (Hrsg.) *Angehörigenarbeit und TRIALOG* (S. 77-94) Köln: Claus Richter Verlag.
- Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (1997) *Duden. Das Fremdwörterbuch*. Mannheim: Duden Verlag
- Zihlmann, V. (2011) *Das personen-zentrierte Recovery-Konzept*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Fachhochschule St. Gallen, Schweiz.