

Trialog statt Monolog – aktuelle Literatur, die Situation in der Schweiz und Erfahrungen aus drei Perspektiven

Burr Christian^a, Furrer^a, Huber Flavia^{a,b}, Zwicknagl Andrea^c, Feldmann Christian^d, Winter Andréa^a

^a Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern, Switzerland

^b Abteilung Aufsicht und Bewilligung, Gesundheitsamt, Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion Kanton Bern, Switzerland

^c Psychiatrische Dienste Interlaken der Spitäler fmi AG, Interlaken, Switzerland

^d Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern, Switzerland

Summary

Dialogue instead of monologue – current literature, the situation in Switzerland and experiences from three different perspectives

At the end of the eighties of the last century, the Dialogue idea was born in Hamburg as psychosis seminars. This may be seen as a reaction to the paternalistic mental health services and institutions of the time, in which psychosis were regarded as "madness" and thus as an illness that could not be understood by those not affected. Dialogues represent an equal way of exchanging experiences between mental health service users, carers and professionals, with the aim of gaining a deeper understanding for each other and new insights. At the beginning of their development, Dialogues were mainly conducted on "neutral ground", that is, not in a psychiatric institution, and participants took part in their free time. Since then, Dialogue has made its way into the mental health service, with concepts such as shared decision making, advanced directives or the open-dialogue approach. The results of a recent survey from Switzerland are also presented here with three field reports, from a service user, a carer and a professional, about their experiences with Dialogue. The dialogical idea should be used in the future for new programmes, services or courses with the aim of reducing barriers between the different groups of people involved and stigmatisation of users and carers.

Key words: dialogue, experience, recovery, psychiatry

Einleitung / Hintergrund

Dialoge stellen den gleichberechtigten Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen in den Mittelpunkt. Entstanden ist der Dialog Ende der Achtzigerjahre in Hamburg, als Psychiatrinerfahrene die Forderung stellten, in einer primär als Studentenseminar ausgewiesenen Veranstaltung ebenfalls interviewt zu werden [1]. Diese Entwicklung kann als Teil von oder Reaktion auf damalige weltweite Reformen in der Psychiatrie und auf die von Dorothea Buck, der Mitbegründerin des

Dialogs, genannte «sprachlose Psychiatrie» gesehen werden [2].

Aus dieser ersten Veranstaltung entstand das Hamburger Psychose-Seminar. Diese Seminare eröffneten neue Möglichkeiten, sich aus verschiedenen Perspektiven über Psychosen zu verständigen, da dies in der gängigen Psychiatrie nicht möglich schien. Einerseits, weil Psychosen oft als «Verrücktheit» angeschaut wurden und damit von Nicht-Betroffenen schwer nachvollziehbar waren und andererseits, weil in den hierarchischen Strukturen der Institutionen die Deutungshoheit und Macht bei den Fachpersonen lag. Ein wichtiger Meilenstein dieser sich in Deutschland schnell weiterentwickelnden Bewegung war 1994 der Weltkongress für soziale Psychiatrie, der sich dem Thema Dialog umfassend widmete [3] und in der Folge für die weitere Verbreitung in die Schweiz und Österreich wichtig war [1].

Zeitgleich entwickelte sich in Amerika und in anderen angelsächsischen Ländern aus vergleichbaren Gründen eine Bewegung, die erst viel später im deutschsprachigen Raum als «Recovery-Bewegung» angekommen ist [4]. Der Dialog wird oft im Zuge von Recovery erwähnt [4]. Wenngleich die beiden Konzepte nicht einfach so verglichen werden können, scheint es zumindest zum Teil ähnliche Beweggründe für deren Entstehung gegeben zu haben (Unzufriedenheit mit der Psychiatrie oder fehlender Einbezug der Sicht der Betroffenen und Angehörigen). Dies drückt sich in den ähnlichen Zielen der beiden Ansätze aus: bei Recovery der Wunsch, mehr gehört und einbezogen zu werden, beim Dialog die gemeinsame Verständigung. In der Folge verbreitete sich der Dialog in vielen anderen Ländern wie Polen, der Türkei, Trinidad, China, USA, Kanada, England und Irland [5].

In diesem Artikel werden in einem ersten Teil die wesentlichen Aspekte sowie der aktuelle Entwicklungsstand des Dialogs beschrieben. Darauf folgend werden die Ergebnisse einer Umfrage aus der Schweiz bezüglich der hiesigen Verbreitung von Dialogen präsentiert. Den Schluss bilden drei kurze Erfahrungsberichte (von einer

Correspondence:
Christian Burr Furrer, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, Zentrum für klinische Pflegewissenschaft, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60, christian.burr[at]upd.unibe.ch

Person mit Krankheits- und Genesungserfahrung, einer Angehörigen und einer Fachperson).

Trialog-Verbreitung und Merkmale

Im Jahr 2007 ging man davon aus, dass es in Deutschland, Österreich und der Schweiz rund 130 Psychoseminare gibt [2]. Diese gelten als das spezifische Forum für Psychoseerfahrene, Angehörige und Fachpersonen mit dem Ziel, wechselseitige Vorurteile abzubauen und eine dialogische Behandlungsstruktur zu entwickeln [ibid.]. Danach haben sich auch weitere Foren des Austausches entwickelt, die sich nicht nur auf das Krankheitsbild Psychose beziehen. In diesen Trialogen ist nebst anderen Aspekten das Bemühen um eine gemeinsame Sprache entscheidend [6].

Trialog steht für den Austausch zwischen Menschen mit Krankheits- und Genesungserfahrung, Fachpersonen und Angehörigen ausserhalb einer Behandlungssituation [7]. Auch wenn der Veranstaltungsort variieren kann, wird beschrieben, dass er neutral – also ausserhalb der Institution – gewählt werden sollte [8]. Dies ermögliche einen Austausch ohne gängige Muster oder Machtverhältnisse, wie sie in Institutionen anzutreffen sind. Amering [9] wie auch Bock und Priebe [8] geben als Spannbreite der Anzahl an Teilnehmenden zwischen zehn bis sechzig Personen an, von Peter und Koautoren [7] gehen sogar von bis zu 150 Personen aus [9]. Da es sich um eine offene Gruppe handelt, kann die Anzahl Personen pro Teilnehmergruppe variieren, sollte jedoch möglichst ausgeglichen sein.

Die Durchführungsfrequenz variiert von wöchentlich bis einmal pro Vierteljahr [7, 10]. Nebst fortlaufenden Veranstaltungen beschreiben Bock and Priebe [8] zyklische Durchführungen von einmal alle zwei Wochen über vier bis zwölf Monate. Die Dauer der Trialogsitzungen kann je nach Gruppe unterschiedlich lang sein und bis zu zwei Stunden dauern. Eine Moderation des Trialogs wird als wünschenswert erachtet. Sie kann aus unterschiedlichen Kombinationen von Personen der drei Teilnehmergruppen oder auch als «trialogische» Besetzung durch jeweils eine Person gestaltet werden [7]. Die Themen werden in der Regel frei gewählt [8] und mit allen Teilnehmenden abgestimmt. Von Peter, Schwedler, Amering und Munk [7] beschreiben zudem, dass die Themen für das nächste Treffen von der Moderatorengruppe auf der Basis der diskutierten Fragen der vorangegangenen Sitzung festgelegt werden können.

Die ursprüngliche Idee des Trialogs war ein Austausch auf freiwilliger Basis ausserhalb des Arbeitskontexts der Fachpersonen. Die Angehörigen aller drei Gruppen nehmen in ihrer Freizeit teil und die Motivation dazu erfolgt aus persönlichem Interesse, das zwischen den Teilnehmergruppen und auch zwischen den einzelnen Personen vor unterschiedlichem Hintergrund sein kann [8]. Betroffene wünschen sich, aktiv involviert zu sein in die Gestaltung der psychiatrischen Institution, um sie in Richtung von mehr Respekt und Verständnis zu verändern. Die Angehörigen möchten ihren Wissensstand über Krankheitsbilder verbessern und erhoffen sich, ihre Gefühle und ihr Erleben teilen zu können sowie von der Erfahrung anderer zu profitieren. Fachpersonen haben Gelegenheit, ihre eigene Rolle und Praxis zu reflektieren und erhalten Einblicke in die ihnen möglicherweise vorher fremden Per-

spektiven von Angehörigen sowie von Betroffenen im Prozess der Psychose und deren Behandlung.

Gielen, Geissler, Geissler und Bock [6] beschreiben den Trialog aufgrund des gemeinsamen Gesprächs als einen wechselseitigen Lernprozess, der von allen Beteiligten gleichermaßen genutzt und beeinflusst werden kann, dies durch einen gleichberechtigten Austausch ohne Machtgefälle und Hierarchien.

Trialog in psychiatrischen Dienstleistungen und an anderen Orten

Auch wenn der Trialog ursprünglich als Austausch auf neutralem Boden konzipiert wurde, hat zumindest der trialogische Gedanke diese neutrale Zone verlassen und mittlerweile Einzug in psychiatrische Dienstleistungen gehalten. Von Peter et al. [7] weisen darauf hin, dass Verstehen einer psychotischen Erkrankung wichtiger ist als deren Veränderung, und damit das Prinzip umgesetzt wird, alle Erlebnissichtweisen der Beteiligten in Krisensituationen einzuschliessen. Gielen et al. [6] beschreiben in ihrer Versorgungsleitlinie für Bipolare Störungen die Absicht des trialogischen Arbeitens in psychiatrischen Dienstleistungen folgendermassen: Einen gleichberechtigten Diskurs fördern zwischen Wissenschaft und der Anwendung des Wissens bei der Gestaltung der Behandlung, insbesondere indem Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen, aber auch die Angehörigen mit ihren Nöten und Sichtweisen einbezogen werden.

Es gibt auch Hinweise, dass der Trialog selbst zu «trialogischem Arbeiten» führen kann. So verhilft er Beteiligten, wertvolle Kompetenzen und Ressourcen zu entwickeln sowie unkonventionelle Wege zu suchen und zu gehen [7]. Zudem weisen Amering, Mikus und Steffen [10] darauf hin, dass trialogisches Arbeiten zur Generierung bisher unbekanntes Wissens und neuer Einsichten jenseits von Rollenstereotypen beitragen und als Übungsgrundlage für gleichberechtigte Zusammenarbeit dienen kann.

Ein an dieser Stelle erwähnenswertes Konzept in der Versorgung ist «Open Dialogue» oder «Offener Dialog» (OD) [11]. Er wird als ein konsistenter Familien- und Sozietznetzwerk-Ansatz beschrieben, bei dem alle relevanten Perspektiven in der Familie und dem erweiterten sozialen System in die Behandlung einbezogen und gewürdigt werden. (Der relevante Begriff dazu ist «Polyphonie»). Ziel ist, die Ressourcen sowohl der betroffenen Personen als auch innerhalb ihrer Familien zu aktivieren und von Anfang an ein Gefühl der Handlungsfähigkeit zu erzeugen [12]. Auch wenn der Trialog und der OD unabhängig voneinander, vielleicht zum ähnlichen Zeitpunkt aber an ganz unterschiedlichen Orten, entstanden sind, scheint der trialogische Gedanke im OD sehr zentral zu sein. Im Weiteren hat der Trialog auch in der Lehre, der Öffentlichkeits- und der Antistigma-Arbeit Einzug gehalten [13].

Wirkung von Trialog

Die bisher wenigen wissenschaftlichen Arbeiten zur Wirksamkeit von Trialogen weisen unter anderem einen Beitrag zu Stigmaresistenz nach sowie eine erhöhte soziale Wahrnehmung bei allen drei Gruppen. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass trialogische Antistigma-Projekte die soziale Distanz, stereotype Wahrnehmungen und neg-

ative Gefühle u.a bei Fachpersonen in medizinischen Berufen reduzieren [14]. Dass Wirksamkeitsnachweise eher schwierig sind, wird auch dem speziellen Setting zugeschrieben [10]. Dunne, MacGabhann, McGowan und Amering charakterisieren den Ansatz durch seine selbstbefähigende und partizipative Eigenschaft als einzigartig [5]. In ihrer Studie beschrieben die Teilnehmenden den Dialog als einen angenehmen Ort, um persönlichen Gefühlen Ausdruck zu verleihen, und als einen geschützten Rahmen, in dem erlebt werden kann, wie sich ein «Coming-out» anfühlt (wörtlich: Selbstenthüllung; im Sinn von: zu einer psychischen Krankheit transparent stehen). Angehörige erlebten dies positiv, da sie sich oftmals die Schuld geben und Stigmatisierung erleben. Zudem entwickelten die Teilnehmenden kommunikative Fähigkeiten und erlebten einen empathischeren Miteinbezug zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen. Dies kann zu einer besseren Integration aller Beteiligten, insbesondere auch der Angehörigen, in die psychiatrische Dienstleistung mit sich bringen.

Durch die zwischenmenschlichen Kontakte, Kommunikation und weniger Macht und Ohnmacht liegt im Dialog das Potential, durch erlebte Selbstwirksamkeit zur Genesung zu gelangen. Zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommen Hemmerle, Röpcke, Eggers und Oades [15] bei der Evaluation von regelmässigen dialogischen Familiensitzungen im Rahmen intensiver Nachsorge von Jugendlichen nach einer stationären Behandlung. Auch Gielen et al. [6] weisen in ihrer Leitlinie auf einen Zusammenhang zwischen Dialog und der Fähigkeit und Bereitschaft hin, das eigene Leben wieder besser in den Griff zu bekommen. Das partizipative Treffen diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen unter Einbeziehung von Angehörigen kann bei den Gruppenmitgliedern zu emotionaler Entlastung, konkreter Lebenshilfe und einer Stärkung des Selbstbewusstseins, wie auch der sozialen Integrität führen. Dementsprechend empfiehlt auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde den Besuch von Dialogen und Psychose-Seminaren oder das Abhalten von Sitzungen in dieser Form zur Informationsvermittlung und zum Austausch mit dem Ziel, die Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs zu fördern [16].

Dialogische Ansätze können auch im Bereich der Forschung angewendet werden. So wurden beispielsweise bei der Fragebogenentwicklung im Rahmen des Hamburger Forschungsprojekts «Subjektiver Sinn der Psychose» (SuSi) mögliche Fragebogenthemen in dialogischen Fokusgruppen und Psychose-Seminaren vorgelegt und diskutiert [17]. Auf diesem Weg konnten Betroffene, Angehörige und Fachpersonen die Sammlung der möglichen Fragebogenthemen bewerten und ergänzen.

Die Umfrage zu Dialogen in der Schweiz

Dialoge werden in der Schweiz von verschiedenen Institutionen, Vereinen und Gruppen angeboten. Pro Mente Sana beheimatet und leitet die Dachorganisation *Dialog Schweiz* mit dem Ziel der Koordination, Vernetzung, Förderung und dem Ausbau von dialogischen Seminaren [18]. Auf ihrer Webseite gibt es eine Auflistung aller Dialoge in der Schweiz (n=36). Mindestens sechs davon scheinen aktuell nicht angeboten zu werden. Um etwas

mehr über die Dialoge zu erfahren, wurde von den Autorinnen und Autoren dieses Artikels eine Umfrage durchgeführt.

Methodik

Im Zeitraum vom 1. November bis 31. Dezember 2019 wurde ein von den Autorinnen und Autoren selbst entwickelter, sechs Fragen umfassender Fragebogen über relevante Netzwerke und Organisationen verschickt. Die Fragen bezogen sich auf Häufigkeit der Durchführung und den Ort, auf die Teilnehmerzahl sowie auf die Inhalte der Dialoge.

Ergebnisse

Im entsprechenden Zeitraum wurden zwölf ausgefüllte Fragebogen zurückgesendet. Damit liegt die Rücklaufquote bei ca. 40% (ausgehend von 30 aktuell durchgeführten Dialogen).

Aus den eingegangenen Fragebögen geht hervor, dass die Dialoge über die ganze Schweiz verteilt sind mit Ausnahme des italienischsprachigen Landesteils. Die Rückmeldungen bezogen sich auf drei Dialoge im Kanton Zürich (in Winterthur und der Stadt Zürich) gefolgt von je zwei Dialogen in den Kantonen Bern (beide in der Stadt Bern) und Solothurn (Olten und Solothurn) und je einem Dialog in Basel (Stadt Basel), im Thurgau (Kreuzlingen), im Wallis (Sion; frz.) und im Kanton Genf (Stadt Genf). Zusätzlich gibt es einen kantonsübergreifenden Dialog (Luzern, Zug, Uri, Schwyz). Neun der zwölf Dialoge laufen über das ganze Jahr und finden im Durchschnitt 1.5-mal pro Monat statt (Median: 1; Spannweite: 1-4). Drei Dialoge werden deutlich seltener durchgeführt respektive sind in abgeschlossenen Zyklen organisiert. Durchschnittlich nehmen fünfzehn Personen an einer Dialogveranstaltung teil (Spannweite: 3-20).

Acht der zwölf Dialoge finden zu einem übergeordneten Thema statt. Die beiden häufigsten Nennungen zu den Themen sind *Psychose-Seminar* und *Recovery-Dialog*. Ferner wurden *Bipolare Erkrankung*, *psychische Gesundheit* und *Neuroleptika* genannt. Zudem wird in zehn der zwölf Dialoge an jedem Termin ein spezifisches Thema behandelt. Diese sind sehr breit gefächert und richten sich am übergeordneten Thema aus. Neben medizinischen Diagnosen wie Depression, Traumafolgestörungen, Essstörungen und anderen ist das Spektrum der Themen sehr breit. Ein Teil davon lässt sich in die folgenden vier Kategorien einteilen:

- Peer und Recovery
- Mit Psychose angenommen werden
- Psychose verstehen und Sinn finden
- Ablehnung und Ausgrenzung

Ein anderer Teil der Themen konnte nicht gut zugeordnet oder zusammengefasst werden. Dies waren:

- Versagen: Stärke oder Schwäche?
- Die kleinen schönen Dinge im Leben
- Umgang mit Psychose im religiösen Kontext
- Entdeckungen im Rhythmus der Jahreszeiten.

Bei Letzterem geht es darum, aus der Metapher der Jahreszeit Neues zu entdecken (Beispiel Frühling: Wurzeln und Erneuerung).

Beim Neuroleptika-Trialog zum Beispiel sind die einzelnen Themen sehr spezifisch festgelegt und konnten praktisch nicht mit den Themen der anderen Trialoge zusammengefasst werden. Dabei wurden u.a. Folgende genannt:

- Negativsymptome oder Nebenwirkungen – wie unterscheiden?
- Die Arzt-Patienten-Beziehung im Reduktionsprozess
- Absetzen ohne fachliche Hilfe – gute Gründe und mögliche Risiken

Erfahrungsberichte aus drei Perspektiven

Als Ergänzung zu Literaturübersicht und Umfrage wurden verschiedene, den Autorinnen und Autoren dieses Artikels bekannte Teilnehmende von Trialogen angefragt, ob sie bereit seien, einen Erfahrungsbericht aus ihrer Perspektive zu verfassen. Folgende Fragen sollten beim Bericht berücksichtigt werden: Wie wurde man auf den Trialog aufmerksam? Welche essentiellen Erfahrungen wurden gemacht? Welchen Nutzen hatten die Erfahrungen für den (Berufs-)Alltag? Und was hat sich durch diese Erfahrungen verändert? Es wurden die drei Personen ausgewählt, die als Erste geantwortet hatten. Ihre Erfahrungsberichte folgen an dieser Stelle.

Fachperspektive (Pflegefachperson)

Trialoge waren für mich lange Zeit eine Unbekannte und dann erstmal ein theoretisches Konstrukt. Bis ich praktisch in den Kontakt mit Trialogen kam, vergingen etliche Berufsjahre. Während meiner Ausbildung von 1997 bis 2001 waren weder Trialoge, noch Recovery oder Peer support ein Thema. Vor ungefähr zehn Jahren wurde ich zunehmend aufmerksam auf diese Themen. Die Phase der skeptischen Betrachtung dieser damals für mich neuen Ansätze, wich bald der Überzeugung, dass hier ein grosses Potential liegt. Zunehmend kam ich bei Vorträgen, Weiterbildungen und Kongressen in den Kontakt mit der trialogischen Auseinandersetzung. Die verschiedenen Perspektiven einzubeziehen, erlebte ich immer wieder als gewinnbringend. So entschied ich mich vor einigen Jahren, erstmals an einem Trialog teilzunehmen. Heute würde ich sagen, dass ich damals «getarnt» als Fachperson an diesem Gespräch teilnahm. Es sollte eine überraschende und einschneidende Erfahrung werden. Die Atmosphäre erlebte ich jeweils als schnell vertraut. Man duzte sich sofort und keine Person am Tisch hatte einen betreuenden Auftrag. Dieses Setting war für mich schlicht Neuland. Diese Momente halfen mir, echte Augenhöhe herzustellen. Bis dahin hatte ich eine andere Vorstellung von «Augenhöhe».

Im Trialog bin ich als Mensch präsent, der neugierig andere Menschen und deren Erfahrungen kennenlernen kann. Die Erzählungen der Teilnehmenden haben mich an meine eigene Verletzlichkeit erinnert. Diese Erfahrung hat mir gezeigt, dass zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen wenige Unterschiede bestehen. Im Rahmen des Trialogs konnte ich besser spüren, wie es den anderen geht und was die besprochenen Themen in mir auslösen. Mir wurde plötzlich bewusst, dass ich keineswegs «nur» Fachperson bin. Ich lernte mich als Angehörigen sowie als Betroffenen neu kennen. Es zeigte mir auf, wie nahe wir Menschen uns stehen. Diese Erfahrung half mir, meine Haltung im beruflichen Kontext weiterzuentwickeln. In

meinen ersten Ausbildungs- und Berufsjahren im Bereich der Psychiatrie wurde ich besonders dazu angehalten, mich im beruflichen Kontext abzugrenzen. Dass aber die Nähe, respektive die «Angrenzung» das bedeutend wichtigere Instrument in meiner Arbeit ist, konnte ich durch die Trialoge, die Recoverybewegung und den Peer support lernen. Durch diese Erfahrungen hat sich mein Berufsalltag in den letzten Jahren gewandelt. Echte Augenhöhe, Partnerschaft, Akzeptanz, Respekt und Achtung vor dem Gegenüber habe ich als tragende Werte weiterentwickeln können. Einfacher wurde die Arbeit deshalb nicht, aber ich denke, dass mit einer echten, authentischen Begegnung ein wichtiger Grundstein für den Gesundungsprozess gelegt werden kann.

Ich kann den Besuch von Trialogen aus eigener Erfahrung weiterempfehlen. Ich wünsche mir, dass die Trialoge an Bedeutung gewinnen und dass sich Menschen vermehrt für eine Teilnahme an einem Trialog entscheiden. Es braucht Zeit, Mut und Neugierde. Zudem wünsche ich mir, dass der Grundsatz des Trialogs in Aus- und Weiterbildung zunehmend Platz findet.

Betroffenenperspektive (Psychose-Erfahrung)

Es ist der 10.10.2005, als ich im Rahmen einer Veranstaltung zum *Tag der psychischen Gesundheit* vom Trialog erfahre. Im Jahr zuvor erstmals an einer Psychose erkrankt, fühle ich mich sofort angesprochen vom trialogischen Psychoseseminar. Schon bald findet der erste Termin statt. Die Runde ist gross – schätzungsweise 15-20 Menschen bestehend aus Angehörigen, Fachleuten und Betroffenen – füllen den Saal der schönen alten Villa.

Obschon ich beim ersten Treffen sehr nervös bin, was mich erwarten wird, fühle ich mich bald schon aufgenommen und aufgehoben. Ich wage dann auch, meine Psychogeschichte etwas auszuführen und stosse auf erstaunliches Verständnis und Wohlwollen. Man geht mit meiner Geschichte mit, folgt meinen Gedanken und Ausführungen. Anders als ich das in der Psychiatrie bisher erlebte, nimmt man mich ernst und hört geduldig zu. Dann folgen interessierte Fragen. Was in den Kliniken als Wahn abgetan wurde, wird plötzlich von einer anderen Seite beleuchtet. Ja, was, wenn mein Empfinden in der Psychose, die auferstandene Anne Frank zu sein, doch wahr wäre? Zumindest wird dieses Empfinden nicht kategorisch abgelehnt. Man stellt sich mit mir die Frage, welchen Stellenwert die deutsche Philosophin hat, die ich in der Psychose als gottgleich sah. Alles Geschilderte wird als meine Realität anerkannt, es gibt nichts Falsches dabei, das zu hinterfragen wäre. Dann erzählt ein Pflegefachmann aus seiner Sicht, aber lässt meine Geschichte stehen ohne den Anspruch, einen Rat aus pflegerischer Sicht geben zu müssen.

Im Trialog ist es ganz besonders wichtig, dass Jede*r aus eigener Erfahrung berichtet, und kein Beitrag ist richtiger oder wichtiger als der andere. Die Erfahrungswelten jedes Einzelnen treffen aufeinander und manchmal findet man Verbündete, die Ähnliches erlebt haben und die einen in den eigenen Wahrnehmungen bestärken. Das Erlebte kann sich aber auch total unterscheiden. Jede Lebensgeschichte ist wieder so einzigartig und in dieser Erfahrung, wird einem immer wieder bewusst, dass nicht bei Allen die gleichen Behandlungsmethoden angebracht sind und dass

Jeder wieder seine ganz eigene Lebensaufgabe hat. Gleichzeitig erfährt man aber auch eine Verbundenheit. «Wir sitzen alle im gleichen Boot», so wird zitiert auf der Ausschreibung zum Trialog, da die Rollen «Psychiater, Angehörige, Patient» nebensächlich werden und es ums Menschsein geht. Ich frage mich denn auch, was das Verbindende unter uns Menschen ist, ob es universelle Werte gibt, wie vielleicht der Wunsch, geliebt zu werden. (Vor kurzem habe ich diese Vermutung an einem Ehemaligentreff mit Menschen mit Psychiatrieerfahrung geäußert und fand selbst bei der Liebe als universellem Wunsch keine Zustimmung.)

Das Schöne am Trialog ist ja, dass man sich zuhört, ohne zu urteilen, und dass man interessiert daran ist, einen Einblick in die Weltwahrnehmung eines Anderen zu erhalten. Diese anderen Weltwahrnehmungen zeigen uns dann, wie viele verschiedene Arten es gibt, unser Umfeld zu deuten und zu interpretieren. Den Trialog erlebte ich als riesengroße Bereicherung, als einen Ort, wo aufgezeigt wird, wie es anders auch noch sein könnte in einer Welt mit unzähligen Möglichkeiten.

Angehörigenperspektive

Vor langer Zeit habe ich mich zu einem Gespräch bei der Angehörigenberatung einer psychiatrischen Klinik angemeldet. Dort wurde ich auf die Veranstaltung der verschiedenen Trialoge aufmerksam gemacht. Das Thema der Reduktion der Neuroleptika interessiert mich sehr: Menschen können krank werden, sie sollen aber auch wieder genesen und ohne Psychopharmaka auskommen können.

Während der drei Jahre, in denen ich den Trialog besuchte (mit Ausnahme der Ferien) habe ich einiges gelernt. Durch das Einführungsreferat von Dr. Stefan Weinmann und die anlässlich des Symposiums abgegebene Schrift «Neuroleptika reduzieren und absetzen», ein praktisches Nachschlagewerk der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie), wurde mir klar, dass man absetzen kann und wie man vorgehen muss: Der Betroffene reduziert langsam und lebt in stabilem Kontext, ohne Stress.

Da ich medizinischer Laie bin, tat es gut, an den Trialog-Zusammenkünften teilnehmen zu können, mit anderen Betroffenen zu sprechen, zu hören wie sie versuchen, eine für sie passende Lösung des Absetzens zu finden, um ihre Potenziale zu entfalten, aber auch zu vernehmen, wie sie Rückfälle auffangen, wie sie mit Stigmatisierung umgehen, wie ihre Angehörigen sich ihnen gegenüber verhalten und welche Wünsche sie selber an ihre Umgebung haben. Ihre persönlichen Erfahrungen in den Institutionen, mit der Schul- aber auch der Alternativmedizin und solche mit verschiedenen erprobten Therapien waren für mich von Interesse. Der Austausch, die Gespräche mit Betroffenen, Fachpersonen und Angehörigen waren wertvoll.

Die Psychiatrie ist heute für mich nicht mehr ein Buch mit sieben Siegeln. Sehr geschätzt habe ich, dass an jedem Trialog-Treffen über ein spezielles Thema gesprochen wurde, wie zum Beispiel «Negativsymptome oder Nebenwirkungen – wie unterscheiden?», «Peer Support – Formen und Möglichkeiten», «Absetzen ohne fachliche Hilfe – gute Gründe und mögliche Risiken», «Die Arzt-Patientenbeziehung im Reduktionsprozess», «Mythen und Fakten der Neurobiologie». Und ich fand wertvoll, dass am Anfang des Jahres die Anwesenden die in ihren Augen wichti-

gen Themen vorschlagen konnten. Auch fand ich die Impulsreferate zu jedem Thema durch Fachpersonen anregend und bereichernd, ebenso alle Hinweise auf der Website zu weiterführender Literatur.

Mein aktueller Alltag ist ruhig, ich habe Zeit zum Lesen. Unserem von der Krankheit betroffenen Familienmitglied geht es viel besser. Ich bin durch die Teilnahme am Trialog sensibler und verständnisvoller ihm gegenüber geworden. Es ist unbestritten, dass alle einmal psychisch erkrankten Menschen eine individuelle Verbesserung ihrer Situation anstreben sollen und können, es existieren viele verschiedene Wege zu Lösungen belastender Probleme.

(Hinweis der Autor*innen: Das im Erfahrungsbericht erwähnte Einführungsreferat von Dr. Weinmann fand im Rahmen eines trialogischen Symposiums statt und ist in Trialog oder Psychoseseminaren nicht üblich)

Diskussion

Der Trialog als Austauschforum zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen scheint im deutschsprachigen Raum und teilweise auch darüber hinaus einen festen Platz in der psychiatrischen Praxis gefunden zu haben.

Wenn man zurückblickt auf die Anfänge des Trialogs, so ist zu erkennen, dass dieser Initiative immer auch die Idee zugrundelag, die Verständigung zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen zu verbessern und für eine bessere Versorgung und Unterstützung von Betroffenen und Angehörigen zu sorgen [19]. Dass dies zumindest zu einem Teil gelungen ist, zeigen die Erfahrungsberichte in diesem Artikel, aber auch Erkenntnisse aus der Literatur. So wird beschrieben, dass die unvoreingenommenen Begegnungen im Trialog zu einer offeneren Haltung, mehr Wertschätzung und grösserem Verständnis für alle Beteiligten führt und dass in der Folge Fachpersonen weniger auf Krankheitssymptome achten, sondern sich viel mehr mit den Bedürfnissen und Sichtweisen der Betroffenen auseinandersetzen [7]. In dem Beitrag zu «evidence-based medicine» wurde gefordert, in einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess, aufgrund der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse, der Präferenzen der Person sowie den zur Verfügung stehenden Mitteln, die beste Unterstützung oder Therapie zu finden [20]. Die Aufnahme des Trialogs in Behandlungsleitlinien [16] kann als ein Indiz für die gelungene Umsetzung dieser medizinischen Richtung angeführt werden.

Es zeigt sich, dass die Überwindung des traditionellen Rollenverständnisses von Fachpersonen gleichzeitig eine Herausforderung und ein Wunsch darstellen. Fachpersonen verstehen ihre Funktion im Alltag häufig noch so, dass sie die Verantwortung für die Behandlung übernehmen sollen, was ein im Trialog gefordertes ruhiges Abwägen und eine zuhörende und abwartende Haltung erschwert. Zugleich wünschen sie sich, dass Angehörige und Betroffene von der «Hilflosigkeit» der Fachpersonen im Alltag erfahren, dass sie – ebenso wie die anderen Teilnehmenden auch – lediglich zuhören dürfen und nur dann etwas beitragen müssen, wenn sie selbst es wünschen [7]. Auch in dem hier präsentierten Erfahrungsbericht der Fachpersonen wird dies, zumindest zum Teil, angesprochen. Dieser Aspekt und unsere eigenen Erfahrungen in der Psychiatrie, sei es

als Fachpersonen oder als Nutzende, lassen uns daraus schliessen, dass der dialogische Austausch auf neutralem Boden weiterhin wichtig und hilfreich ist, insbesondere auch für die Fachpersonen, da eine solche Umgebung ihnen ermöglicht, ihre Rolle und beruflichen Zwänge hinter sich zu lassen.

Was aus der Umfrage in der Schweiz nicht hervorgeht, unsere Erfahrungen aber zeigen: In der Schweiz sind Fachpersonen und im Speziellen die Ärztinnen und Ärzte in den Dialogen stark untervertreten. Dass Dialog in einer gewissen Weise die traditionellen Rollen der Fachpersonen oder auch das Fachexpertentum in Frage stellt, mag einer der Gründe sein. Der Umstand, dass Dialoge als Weiterbildung meist nicht anerkannt werden, trägt sicherlich ausserdem dazu bei.

Perspektiven für die Zukunft

Auch wenn, wie beschrieben, der dialogische Gedanke Eingang in die psychiatrische Versorgung gefunden hat und Behandlungsformen, die unabhängig von der Entwicklung des Dialogs, diese Art des Austausches umsetzen (wie Open Dialogue) und die ursprünglich Form der Durchführung von Dialogen auf freiwilliger Basis und in der Freizeit stattfindend immer noch rege gelebt wird, ist es für die Zukunft relevant, weitere Überlegungen anzustellen, wo und wie dieser hilfreiche Ansatz noch weiter etabliert werden könnte.

Eine relevante Methode dazu scheinen die in England entstandenen «Recovery Colleges» zu bieten [21]. Das zentrale Konzept dabei ist Ko-Produktion. Dies meint, dass alle Bildungsangebote von Recovery Colleges immer aus zwei verschiedenen Perspektiven entwickelt werden sollten [22]. Neben Expert*innen aus Erfahrung und Fachpersonen können dies auch Angehörige oder Personen aus der Gemeinde sein, die keinen expliziten Bezug zur Psychiatrie haben. Zudem wird auch eine dialogische Zusammensetzung der Teilnehmenden angestrebt. Das Konzept der Recovery Colleges widerspiegelt damit in verschiedenen Aspekten einen dialogischen Ansatz und könnte durch den Bildungsfokus dazu beitragen, dass auch die Ärzteschaft vermehrt für das «dialogische» Lernen gewonnen wird. Eine Anerkennung solcher Angebote im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung aller Fachpersonen durch die entsprechenden Institutionen wäre dabei sicherlich hilfreich.

Der in Zukunft immer präzisere Wandel hin zur Digitalisierung erfordert auf der Ebene des Gesundheitssystems neue Prozesse, Strukturen und Formen der Zusammenarbeit [23]. Hier stellt sich die Frage, ob in einer zunehmend digitalisierten Welt der persönliche Austausch im Sinne des Dialogs gegenüber der Entwicklung von immer mehr individualisierten Social Media-Angeboten bestehen kann. Unsere Einschätzung ist, dass es hier weniger um ein Entweder-Oder geht, sondern eher darum, digitalen Medien als neutralen Lernort auch für die Psychiatrie zu nutzen, beispielsweise in Form von Diskussionsforen.

Sowohl beim Recovery College als auch bei den Social Media wird klar, dass sich die Rollen der Teilnehmenden allenfalls weniger klar an den bisherigen drei Perspektiven orientieren, sondern sich durch den Einbezug von Menschen ohne direkten Bezug zu psychiatrischen Dien-

stleitungen aufweichen oder erweitern, wenngleich diese Perspektive natürlich auch immer den anderen drei Gruppen immanent ist, denn jede Person ist ja auch immer Bürger. Der Einbezug der Öffentlichkeit (Quartierbewohnende, Politikerinnen und Politiker, Gewerbetreibende usw.) als weitere Perspektive könnte auch zu einer Klärung der Erwartungen, Aufgaben und Herausforderungen der verschiedenen Teilnehmergruppen genutzt werden. Dabei hätte dieser direkte Austausch das Potential, Stigmatisierung in der Bevölkerung zu vermindern und das Verständnis füreinander zu verbessern [24], was ohnehin als eine Wirkung des Dialogs beschrieben wird [14] und für die Inklusion von Betroffenen und teilweise auch für die Angehörigen sehr wichtig wäre.

Um dem Umstand, respektive der Forderung der ausgeglicheneren Verteilung der verschiedenen Teilnehmergruppen [9] in den Dialogen entgegenzukommen, könnten in Zukunft neben Online-Versionen oder Bildungsangeboten auch noch andere Formate angedacht werden. Wie im Erfahrungsbericht aus der Angehörigenperspektive hervorgeht, scheint das Impulsreferat zu Beginn der Veranstaltungen gut anzukommen. Auch der Berliner Psychopharmaka-Dialog nutzt ein solches Format und macht gute Erfahrungen damit [25]. Dies deckt sich mit der Beurteilung eines dialogischen Symposiums zum Thema «Neuroleptika reduzieren und absetzen» [26]. Dies wurde insbesondere von Fachpersonen sehr gut besucht. Allenfalls könnten solche «gemischten» Formate, die neben dem Erfahrungsaustausch jeweils auch spezifische Themen aus einer der drei Perspektiven als Input beleuchten, erfolgsversprechend sein.

Dieser Artikel hatte zum Ziel, den Entwicklungsstand des Dialogs im deutschen Sprachraum zu beschreiben. Illustriert wurde der Literaturüberblick mit drei Erfahrungsberichten aus der Schweiz. Dialoge entziehen sich auf Grund des speziellen Settings [10] zumindest bisher einem breiteren wissenschaftlichen Interesse, möglicherweise nicht zuletzt auch wegen ihrer reformistischen Ideen respektive der immanenten Kritik an der Psychiatrie. Dies führt dazu, dass das Wissen rund um Dialog in der wissenschaftlichen Literatur nur beschränkt zu finden ist, sondern eher in anderen Formaten wie Bücher, Filmen oder im Internet. Mit dem Einbezug von Erfahrungsberichten wollten wir diesem Umstand entgegenwirken. Natürlich können auch diese nur einen beschränkten Einblick gewähren. So scheint es klar, dass sich jede Erfahrung auch innerhalb der verschiedenen Perspektiven unterscheidet wie beispielsweise die Erfahrung einer Pflegefachperson von der einer ärztlichen Fachperson. In diesem Sinn sollen diese auch interpretiert werden. Wir sind uns bewusst, dass dieser Artikel nur einen Teil des vorhandenen «Wissens» und der vorhandenen «Erfahrungen» widerspiegeln kann.

Conclusio

Dieser Artikel verdeutlicht, dass alle involvierten Akteure durch den Austausch im Dialog profitieren können. Die Begegnung auf Augenhöhe und die aufeinander abgestimmte Durchführung ausserhalb der institutionellen Rahmenbedingungen sind in dieser Art einzigartig. Es ist nun an jedem von uns, diese Denkweise auch in die psychiatrische Institution zu tragen und eine grössere Partizipation, vor allem seitens der Fachpersonen, zu fördern durch

beispielsweise den Einschluss in Weiterbildungsprogramme.

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Literatur

- Bombosch J. Soviel Trialog war noch nie – sind wir nach Potsdam 2007 verstärkt auf dem Weg zur Trialogischen Psychiatrie? Subjektive Einblicke und Ausblicke vom 3. Gesamttreffen der Psychoseseinare aus der Schweiz, Österreich, Liechtenstein, Polen und Deutschland. Bpe-Rundbrief [Internet]. 2007 28.11.2019; 3. Available from: <http://www.bpe-online.de/verband/rundbrief/2007/3/brombosch.htm>.
- Bock T, Buck D, Esterer I. Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Köln: Balance; 2007.
- Bock T, Buck D, Meyer H-J. Entwicklungslinien des Trialogs. Sozialpsychiatrische Informationen. 2009;3:4–6.
- Amering M, Schmolke M. Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 5 ed. Köln: Psychiatrie Verlag; 2012.
- Dunne S, MacGabhann L, McGowan P, Amering M. Embracing Uncertainty to Enable Transformation: The Process of Engaging in Trialogue for Mental Health Communities in Ireland. *Int J Integr Care*. 2018;18(2):3-. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.3085>. PubMed PMID: 30127687.
- Gielen R, Geissler D, Giesler H, Bock T. Leitlinie Bipolare Störungen und die Bedeutung des Trialogs: Chancen und Risiken. *Nervenarzt*. 2012;83(5):587–94. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-011-3416-2>. PubMed.
- von Peter S, Schwedler H-J, Amering M, Munk I. „Diese Offenheit muss weitergehen“. *Psychiatr Prax*. 2015;42(07):384–91. Epub 26.08.2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1370212>.
- Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv*. 2005;56(11):1441–3. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.11.1441>. PubMed.
- Amering M. Trialog-an exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes. *Int J Integr Care*. 2010;10 Suppl(Suppl):e014–e. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.484>. PubMed PMID: 20228911.
- Amering M, Mikus M, Steffen S. Recovery in Austria: mental health triologue. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(1):11–8. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09540261.2012.655713>. PubMed.
- Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process*. 2003;42(3):403–18. Published online November 11, 2003. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x>. PubMed.
- Razzaque R, Stockmann T. An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare. *BJPsych Adv*. 2016;22(5):348–56. Published online January 02, 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.115.015230>.
- Bock T, Sielaff G, Ruppelt F, Nordmeyer S, Klapheck K. Trialog und Psychosenpsychotherapie. *Psychotherapeut*. 2012;57(6):514–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00278-012-0950-8>.
- Bock T, Behjat-Mohammadi H, Fischer R. Therapie ohne Absicht. Therapeutische Wirksamkeit des Trialogs. *Ker Forum für soziale Psychiatrie (Stuttg)*. 2020;38(1):33–5.
- Hemmerle MJ, Röpcke B, Eggers C, Oades RD. Evaluation einer zweijährigen Intensivbetreuung von jungen Menschen mit Schizophrenie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2010;38(5):361–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000060>. PubMed.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), ed. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer; 2019.
- Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen. *Psychiatr Prax*. 2010;37(06):285–91. Epub 15.06.2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248424>.
- Pro Mente Sana. Trialog Schweiz. Zürich: Pro Mente Sana; 2020 [cited 2020 20.09.2020]. Available from: <https://www.promentesana.ch/de/angebote/trialog-schweiz.html>.
- Bock T, Bremer F, Bublitz R, Hallwachs H, Korsch A, Sielaff G, et al. Auf der Spur des Morgenstern – Dorothea Buck wird 100. *Psychiatr Prax*. 2017;44(04):234–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-108528>.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71–2. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>. PubMed.
- Zuaboni G, Schulz M, Löhr M. Recovery Colleges: Gemeinsam psychische Gesundheit und soziale Teilhabe durch Bildung fördern. *Ker Forum für soziale Psychiatrie (Stuttg)*. 2020;38(1):25–7.
- Cameron J, Hart A, Brooker S, Neale P, Reardon M. Collaboration in the design and delivery of a mental health Recovery College course: experiences of students and tutors. *J Ment Health*. 2018;27(4):374–81. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2018.1466038>. PubMed.
- Bundesrat. Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. In: Bundesamt für Gesundheit Schweiz, editor. Bern: Bundesamt für Gesundheit Schweiz (BAG); 2019.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123–32. Published online September 28, 2015. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6). PubMed.
- Scholz T. Austausch über Trialog im Rahmen der 11. Fachtagung Ambulante Psychiatrische Pflege Schweiz in Bern. In: Zwicknagl A, Burr C, editors. Bern: UPD; 2019.
- Zwicknagl A, Burr C. Etwas Licht in die Dunkelheit bringen - Neuroleptika-Trialog Eine Plattform zum Austausch über Erfahrungen zur Einnahme und zum Reduzieren sowie Absetzen von Neuroleptika zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen. *Verhaltensther Psychosoz Prax*. 2019;51(1):25–30.