

Wie wird der Trialog praktisch und was können Pflegende dazu beitragen?

Versuch einer Wegbeschreibung zur trialogischen Psychiatrie¹

Autor

J. Bombosch

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-963589
Psych Pflege 2007; 13:
345–348 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0949-1619

Korrespondenzadresse

Jürgen Bombosch
Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche im
Rheinland (DW EKIR)
Lenastr. 41
40470 Düsseldorf
jbombosch@dw-rheinland.de

Angeregt durch den Artikel von Klaus Dörner in Psych Pflege Heute 6/2006 legt der Autor seine Sichtweise dar und animiert psychiatrisch Pflegende den Trialog praktisch umzusetzen.

Dankenswerterweise setzt sich Klaus Dörner seit vielen Jahren für die Bekanntmachung und Implementierung der Trialog-Kultur in der Sozialpsychiatrie ein. Wie er selbst sagt, ist Klaus Dörner ja auch der Erfinder des Kunst-Begriffs „Trialog“, dies hat er in einem Interview mit dem Bayerischen Rundfunk erklärt [5]. Nun hat Klaus Dörner erneut seine Überlegungen und Bewertungen zur Trialog-Idee und -Praxis in einem Artikel in der „Psych Pflege Heute“ 6/2006 dargelegt. Auf diesen Artikel, der auf einen Vortrag der „Fachtagung Trialog“ des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Gießen am 8.6.2006 zurückgeht, beziehe ich mich hier in meiner Antwort und meinem Ergänzungsvorschlag. Denn sollte es wirklich so sein, wie auf der Titelseite der „Psych Pflege Heute“ zusammenfassend abgedruckt, dass der „Trialog als Fundament psychiatrischen Handelns“ zu verstehen ist, dann erreicht Dörners Artikel m.E. nicht sein Ziel, tatsächlich die ihn leitende Frage zu beantworten: „Wie kann der Trialog die Kommunikationsstrategien der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen ...?“.

Das Grundproblem dabei ist Dörners einseitige Fokussierung auf die seit 1989 in Deutschland, Österreich und der Schweiz aufblühenden Psychose-Seminare bzw. Trialog-Foren, die ohne jeden Zweifel als Wiege der heutigen Trialog-Kultur zu bezeichnen sind. Der Kernfrage seines Beitrags: Wie mit dem Trialog die bestehenden (durch professionelle dominierten) Kommunikationsstrukturen der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufzubrechen sind (die Betonung liegt auf „aufbrechen“), kann Dörner m.E. nicht mit der schönen Metapher für die Trialog-

Foren, „als von ihrer Zartheit lebende Blume ...“, die von jeder „institutionellen Stützung zum Verdorren ...“ gebracht werden kann, beantworten! Dies könnte, wenn überhaupt, möglicherweise als paradoxe Intervention Wirkung zeigen.

Kritische Leitfrage

▼
Denn, so meine kritische Leitfrage, die ich für den Weg in eine trialogische Psychiatrie dagegen stelle: Wie sollen jemals die allen Insidern bestens bekannten – nach wie vor, so meine These, primär durch Professionelle gesteuerten und darum einseitig-schwierigen Kommunikationsstrukturen – „der psychiatrischen Versorgungslandschaft ...“ aufgebrochen werden, wenn die Trialog-Kultur weiterhin überwiegend außerhalb jeder Institutionalisierung stattfindet und als zarte Blume im Vorgarten und Biotop psychiatrischen Handelns gepflegt wird? Und, weiter zugespitzt: Wie will die Psychiatrie endlich mal tatsächliche Erfahrungswissenschaft (empirische Wissenschaft) werden, wenn weiterhin $\frac{2}{3}$ der Erfahrenen und Erfahrungswissenden, nämlich die Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, nicht gleichberechtigt in die Weiterentwicklung psychiatrischen Denkens und Handelns einbezogen werden, wie dies bereits 1994 in der „Hamburger Erklärung zu den Perspektiven einer trialogischen Psychiatrie“ großartig verkündet wurde [1]?

Eine Antwort findet sich schon eher in dem aufrüttelnden Appell von Dörner/Plog in „Irren ist menschlich“: „Während wir Profis vor 20 Jahren Fürsprecher der Sprachlosen waren, besteht die

¹ Antwort und Ergänzungsvorschlag zu Klaus Dörners Artikel in der „Psych. Pflege Heute“ 6/2006: „Wie kann der Trialog die Kommunikationsstrategien der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen? – Versuch einer Theoretisierung der Trialog-Praxis.“

wichtigste neue Voraussetzung darin, dass erst die Angehörigen, dann auch die psychisch Kranken selbst auf kommunaler und auf Bundesebene sich zu Selbsthilfeinitiativen zusammenschließen haben und selbst für ihre Interessen kämpfen. Alles muss anders sein, seit die psychiatrische Diskussion somit auf drei grundsätzlich gleichberechtigten Partnern, auf einem Trialog beruht. Eine solche trialogische Psychiatrie muss eine ungleich stärkere politische Glaubwürdigkeit haben. Vorausgesetzt, wir Profis unterliegen nicht der Versuchung, unsere Partner zu instrumentalisieren, sondern unsere Rolle neu zu definieren, mehr Assistent für die Bedürfnisse anderer zu sein, also mehr dienend“ [4].

Warum ist der Weg zur trialogischen Psychiatrie so beschwerlich?



In unserer Trialog-Definition von 2004 heißt es: „Für uns ist Trialog das partizipative Denken und Handeln der drei Hauptgruppen im (sozial)psychiatrischen Entwicklungsprozess, die im Idealfall gleichberechtigte Partnerinnen und Partner sind. Dies sind die Psychiatrie-Erfahrenen ..., die Angehörigen psychisch kranker Menschen und die professionellen MitarbeiterInnen in (sozial)psychiatrischen Handlungsfeldern“ [3].

Als Kern der Beschwerlichkeit auf dem Weg zur trialogischen Psychiatrie, so meine These, lässt sich insbesondere eine an Flexibilität und Partnerschaftlichkeit mangelnde Haltung von uns Professionellen identifizieren.

Denn:

1. Wir Profis in der Psychiatrie verfügen über eine umfassende Deutungs- und Definitionsmacht, die wir in der täglichen psychiatrischen Praxis – nach wie vor – relativ unreflektiert anwenden.
2. Wir Profis in der Psychiatrie reden ununterbrochen von der Personenzentrierung gegenüber Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, denken und handeln aber – nach wie vor – primär institutionenzentriert.
3. Wir Profis in der Psychiatrie haben u. a. auch deshalb Probleme, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige als „Experten in eigener Sache“ (Geislinger 1998) und als gleichberechtigte Partner auf gleicher Augenhöhe anzuerkennen, da wir dadurch unsere eigene Rolle als Professionelle infrage gestellt sehen und (ob bewusst oder unbewusst) Angst vor dem daraus resultierenden bzw. tatsächlich drohenden Macht- und Rollenverlust haben.
4. Wir Profis in der Psychiatrie bezeichnen uns gerne als Ressourcenmanager für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, kommen aber aus der Falle des Defizitblicks, trotz aller ernsthaften Bemühungen, bis heute nicht entscheidend heraus.
5. Wir Profis in der Psychiatrie wissen sehr genau, dass die zunehmende Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen letztlich nur dann die Psychiatrie nach vorne bringt und zur empirischen Wissenschaft werden lässt, wenn die Kultur trialogischen Denkens und Handelns als Basis eines jeden QM-Systems entwickelt wird.
6. Wir Profis in der Psychiatrie kennen Psychoseseminare bzw. Trialog-Foren (als bereits benannte Urform und Wiege des Trialogs) überwiegend als Abwesende. Aber wir wissen natürlich, dass die modifizierte Übertragung der Trialog-Kultur aus den Trialog-Foren in die täglichen Ablaufstrukturen psychiatrischen Handelns nur dann gelingen kann, wenn wir die Trialog-Foren durch unsere kontinuierliche Teilnahme ein-

deutig stützen und weiterentwickeln. Hier sind besonders alle gefragt, die Macht positiv anwenden wollen (was man besonders im Trialog lernen kann): die Vorstände, die Geschäftsführenden, die Forschenden, die Politikerinnen und Politiker und insbesondere die Ärztinnen und Ärzte in der täglichen psychiatrischen Praxis und natürlich die Pflegenden, als größte Gruppe professioneller Mitarbeiter in der Psychiatrie.

7. Wir Profis in der Psychiatrie wissen schließlich, dass die von uns – nach wie vor – als besonders wichtig benannte „Compliance“ (Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen) keineswegs als Einbahnstraße funktionieren kann. Daher sei die Frage gestattet: Wer hindert uns eigentlich daran, ab sofort die „gegenseitige Compliance“ einzuführen, als kooperative und partizipative Zusammenarbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen? Dadurch werden alle Beteiligten – im Rahmen einer lernenden Organisation – zum Perspektivwechsel motiviert.

Der Trialog ist selbst machtlos, daher braucht er machtvolle Befürworter!



Dörners These, dass der „Trialog selbst machtlos ist“ [6] und dass sich „Macht ... der machtlosen Reflexion“ in Trialog-Foren „zwang- und gefahrlos aussetzen kann, ist nicht zu bestreiten. Die Frage ist nur: Kann es das sein? Soll das so bleiben? Wollen wir den Trialog in Trialog-Foren als „besonders basales, weil informelles, zugangsfreies und niederschwelliges Beispiel“ (so Dörner) weiterhin auf alle Zeit „... praktisch nur im Biotop“ sein lassen, wie Susanne Heim, Deutschlands berühmteste Angehörigenvertreterin, dies einmal formuliert hat [8]?

Bei seiner Analyse trialogischen Denkens und Handelns, bezogen auf „Ethik und Wissenschaft“, dringt Dörner schon eindeutiger in die Richtung vor, die ich zur Ebnung eines Weges zur trialogischen Psychiatrie für dringend erforderlich halte: „Ein Forschungsprojekt wäre danach nur dann wissenschaftlich, wenn das jeweilige Thema zunächst vorwissenschaftlich trialogisch, also unter Berücksichtigung aller wesentlichen Perspektiven, vollständig und ethisch erörtert worden ist. Sonst könnte es sich zwar immer noch um alles mögliche andere handeln, jedoch nicht um psychiatrische Wissenschaftlichkeit ...“ [6]. Klaus Dörners Wort in Gottes und aller Profis Ohr! Doch, um diese Perspektive zu realisieren, müsste der Trialog möglichst bald heraus aus der Biotop-Ecke. Anzumerken wäre zur psychiatrischen Forschung noch, dass diese zukünftig grundsätzlich trialogisch, unter Einbeziehung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger, erfolgen sollte. Von der Planung bis zur Durchführung und kritischen Analyse als „kommunikative Validierung“: Daten und Ergebnisse der Forschung werden in diesem Falle den „Untersuchten“ zur kritischen Bewertung und Gültigkeitsprüfung vorgelegt. Hierzu liegen uns glücklicherweise bereits erfolgreiche Beispiele vor. So hat u. a. die Bielefelder Soziologin Melanie Melz eine trialogisch besetzte Forschungsgruppe initiiert, um den „Therapiezielen stationärer akutpsychiatrischer Behandlung bei Psychose-Erkrankungen“ auf die Spur zu kommen [10, 11].

Dies entspricht u. a. den Forderungen der „Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie“ von 2003, bestätigt auf der Internationalen Ehrenamtstagung von „promente wien“ Ende 2005 (vgl. www.promente-wien.at). Dort heißt es in These 5: In allen Fragen

- ▶ der Planung und strukturellen Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote,
- ▶ von Gesetzesnovellierungen für den gesamten psychiatrischen Bereich,
- ▶ der Aus-, Fort und Weiterbildung psychiatrisch Tätiger in allen Arbeitsfeldern,
- ▶ der psychiatrischen Forschung,
- ▶ der Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsstandards für eine trialogische Praxis,
- ▶ der Weiterentwicklung des gesetzlich festgelegten Grundsatzes: „Ambulant vor stationär“ und der Forderung Selbsthilfe vor Fremdhilfe

sind grundsätzlich Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene demokratisch zu beteiligen [9]!

Wenn Dörner schließlich dafür plädiert, dass der „Trialog ... auch ein Modell für jeden einzelnen diagnostisch-therapeutischen Handlungsprozess im Versorgungsalltag sein kann“ und gleichzeitig hervorhebt, dass eine große Gefahr „im Zuge der Übertragung der Trialog-Erfahrung auf den Versorgungsalltag“ bestehe, beispielsweise „wenn mir als Profi (oder Angehörigen) vor lauter Trialog-Begeisterung die bisherige Angehörigengruppe meiner Station, Tagesklinik oder Ambulanz überflüssig erscheint, begründet mit dem Argument, die Angehörigen könnten gefälliger zum Trialog oder in die Angehörigen-Selbsthilfegruppe gehen“, stehen sich hier Pro- und Kontra-Argumente zur Implementierung der Trialog-Kultur in den psychiatrischen Versorgungsalltag neutralisierend gegenüber und damit im Weg.

Wenn die Trialog-Kultur ein Modell für den Versorgungsalltag sein kann, dann sollten wir auch den Mut haben, ernst gemeinte Modellprojekte zu entwickeln!

Wie sieht also der Weg zur trialogischen Psychiatrie aus und welchen Einfluss hat dabei die große Gruppe der Pflegenden?



Wenn jemand weiß, was Basisarbeit in der Psychiatrie bedeutet, dann sind dies die vielen Frauen und Männer in der professionellen Pflege, die insbesondere in der stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgungslandschaft die größte Gruppe bilden.

Daher sind Pflegendе auch durch ihr tägliches Basiswissen genau die Profis in der Psychiatrie, die in erster Linie wissen, was es heißt, partnerschaftlich mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen umzugehen. Pflegendе sind also die wesentliche Gruppe psychiatrischer Basisarbeiter, die demnach auch sehr genau wissen, dass ihr Denken und Handeln, also ihre damit zusammenhängende und/oder daraus resultierende Haltung als psychiatrisch Tätige, ganz elementaren Einfluss auf die gesamte Kultur psychiatrischen Denkens und Handelns und deren Weiterentwicklung im psychiatrischen Versorgungsalltag hat. Meines Wissens sind Pflegendе auch diejenigen von uns Professionellen, die in erster Linie – insbesondere bezogen auf Mitarbeitende im stationären und teilstationären Bereich – in Trialog-Foren zu finden sind oder Trialog-Foren trialogisch initiieren.

Doch wie alle psychiatrischen Insider wissen, befindet sich die Mehrheit der Pflegenden als Basisarbeiter im „unteren“ Segment aus der hierarchischen „topdown“-Perspektive (also von oben) betrachtet; und uns (Insidern) ist ebenfalls bekannt, dass es eine fatale Sisyphus-Arbeit sein kann, „bottom up“ (also von unten)

daran etwas zu ändern, besonders, wenn es um die Einführung innovativer Konzepte geht; denn, wie wir wissen:

„Jener wurde von den Göttern dazu verurteilt, einen Felsblock auf einen Berg hinaufzuwälzen. Diese Arbeit musste er ständig von neuem verrichten, da der Stein bei Erreichen des Gipfels sofort wieder in die Tiefe stürzte. Der Grund für diese Strafe lag in Sisyphos' Lebensmanier, in der er sich des Öfteren den Göttern widersetzte und deren Macht für seine Zwecke benutzte.“ [13] Daher sind hier also ganz besonders die Pflegenden im Management gefragt, dieser Sisyphus-Arbeit, bezogen auf die Implementierung einer Trialog-Kultur, ein Ende zu setzen und dem Trialog-Prinzip auf die Sprünge zu helfen; sich also den „Göttern“ (in Weiß, die es nach wie vor geben soll ... ?) des Öfteren zu widersetzen bzw. sie für die Trialog-Kultur zu gewinnen.

Daher rufe ich hiermit alle basisarbeitenden Frauen und Männer in der professionellen psychiatrischen Pflege dazu auf, ihre Pflegedienstleitungen und Pflegedirektorinnen und -direktoren an die Einführung der inhaltlichen, strukturellen und qualitätsgesicherten Trialog-Kultur deutlich zu erinnern!

Qualitätsmanagement als Changemanagement zur Trialog-Kultur (vom Monolog und Dialog zum Trialog)



Wie könnte ein solches klassisches Change-Management aussehen, das die Trialog-Kultur und das Trialog-Prinzip als Basis eines Qualitätsmanagement-Systems versteht und integriert, um vom teilweise immer noch „gepflegten“ Monolog über den verstärkten Dialog zum Trialog zu gelangen?

Hierzu sollten die folgenden grundlegenden Aspekte beachtet werden (die übrigens auch mit der Norm DIN EN ISO 9001:2000 kompatibel und damit weltweit zertifizierbar sind):

1. Zunächst muss die oberste Leitung beschließen, die Trialog-Kultur in die Vision, das jeweilige Leitbild und eine entsprechende Qualitätspolitik der (sozial-)psychiatrischen Einrichtung für alle verbindlich zu integrieren.
2. Damit wäre im Sinne eindeutiger „Kundenorientierung“, als wesentlichster Grundsatz jedes QM-Systems („Kunde“ für den psychiatrischen Kontext mehr als strategische Metapher sinnvoll verwendbar), die permanente Einbeziehung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen-Perspektive eine eindeutige Zielvorgabe, die für alle Mitarbeitenden verbindlich ist.
3. Im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) sind alle Mitarbeitenden aufgerufen, die Trialog-Kultur in Qualitätszirkeln (unter Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen) ständig – so weit wie möglich – zu optimieren und auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.
4. Die Etablierung eines niedrigschwelligen und angstfreien Verbesserungsmanagements (früher: Beschwerdemanagement) intern wie extern, also für Mitarbeitende wie Kundinnen und Kunden (primär für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige), ist unumgänglich.
5. In eine entsprechend prozessorientierte Gestaltung (alle problematischen Schnittstellen in der Zusammenarbeit verschiedener Bereiche bzw. Personen sind bekannt und werden optimiert) der gesamten Aufbau- und Ablauforganisation der jeweiligen (sozial-)psychiatrischen Einrichtung wird das Trialog-Prinzip integriert und in einem QM-Handbuch, das allen Beteiligten zugänglich ist und in größeren Einrichtungen als Intranet geführt werden sollte, dokumentiert.

Dialog-Kultur als handlungsleitende Philosophie und Praxis



Schon der Beginn und weitere Ablauf eines solchen systematischen Qualitätsmanagement-Prozesses, auf der Grundlage der beschriebenen Dialog-Kultur, wird das Denken und Handeln aller Beteiligten in einer (sozial-)psychiatrischen Einrichtung durch die systematische Herausforderung, immer die jeweiligen Dialog-Partner einzubeziehen, deutlich positiv verändern.

Inzwischen gibt es einige psychiatrische Einrichtungen, die die Dialog-Kultur bereits systematisch integriert haben. Etwa 1/3 der aktuell rund 250000 Treffer, die man erreicht, wenn man in die Suchmaschine „Google“ lediglich den Begriff „Dialog“ eingibt (vgl. www.google.de; Stichwort: Dialog), weisen Einrichtungen im sozialen oder (sozial-)psychiatrischen Kontext aus.

So z.B. das „Projekt Dialog“ in Essen, eine sozialpsychiatrische Einrichtung der Prof. Christian-Eggers-Stiftung, als therapeutische Wohngruppe für Jugendliche, die an Schizophrenie erkrankt sind (vgl. www.eggers-stiftung.de). In einem laufenden Dissertationsprojekt will der Autor neben zwei weiteren auch diese Einrichtung unter der Fragestellung: „Ist Dialog drin, wo Dialog draufsteht“ exemplarisch, im Rahmen einer qualitativen Studie, diskursanalytisch untersuchen.

Da die Pflegenden, wie gesagt, spätestens seit der Einführung zunehmender sozialpsychiatrischer Kulturmerkmale ab etwa 1970 immer schon „bottom up“ ganz nah dran waren an einer dialogischen Kultur, können die verantwortlich Leitenden „top down“ aktuell die wesentlichen Rahmenbedingungen zur Integration einer dialogischen Kultur festlegen, um dann in einem partizipativen Prozess – mit allen Beteiligten – „auszuhandeln“ bzw. zu „verhandeln“ – bekanntlich die wesentlichste Grundlage allen sozialpsychiatrischen und daher dialogischen Handelns [12] –, wie ein entsprechendes dialogisches Changemanagement [2] weiterentwickelt werden könnte.

Natürlich ist es selbstverständlich, dass ein Qualitätsmanagement-System auf der Basis einer Dialog-Kultur nicht „von oben“ verordnet werden kann; genauso wenig kann aber ein entsprechendes QM-System „von unten“ erarbeitet werden, wenn die oberste Leitung nicht davon überzeugt ist, dass dies hilfreich ist für alle Beteiligten und für die Weiterentwicklung der (sozial-)psychiatrischen Kommunikationskultur, also einen deutlichen Schritt nach vorne – zur dialogischen Psychiatrie – bedeutet.

Die Pflegenden in der Psychiatrie, die vermutlich überwiegend „Psych Pflege Heute“ lesen, freuen sich meines Wissens darauf, eine an der Basis bereits teilweise gelebte dialogische Kommunikationskultur bald auch offiziell leben zu dürfen.

Schließlich möchte ich mit meinem Artikel dazu anregen und alle Interessierten aufrufen, Leserbriefe zu eigenen Erfahrungen mit der Dialog-Kultur an die Redaktion zu schicken, damit

wir alle erkennen, wie viele Kolleginnen und Kollegen unter den Pflegenden schon längst dialogisch denken und handeln, und nur noch auf die „Freigabe“ warten, dies auch offiziell in der täglichen Praxis umsetzen und leben zu können.

Literatur

- 1 Bock T et al. Abschied von Babylon. Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie. XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie vom 5.–10. Juni 1994 in Hamburg. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1995; 569f
- 2 Bombosch J. Dialog als universelles Prinzip und Kernelement für die Entwicklung von Konzeptionen nach dem Total Quality Management (TQM) im Rahmen des Freiburger Management Modells (FMM) für Nonprofit-Organisationen (NPO). Unveröffentlichtes Manuskript einer Diplomarbeit am Verbandsmanagement Institut (VMI) der Universität Freiburg/Schweiz 2001. www.vmi.ch
- 3 Bombosch J, Hansen H, Blume J. Dialog praktisch. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus, 2004; 14
- 4 Dörner K, Plog U, Teller C et al. Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
- 5 Dörner K. Familien und Patienten. Ein Interview mit Professor Klaus Dörner von Monika Dollinger 2003. www.br-online.de/umwelt-gesundheit/thema/angehoerige/audio.shtml
- 6 Dörner K. Wie kann der Dialog die Kommunikationsstrukturen der psychiatrischen Versorgungslandschaft aufbrechen? Versuch einer Theoretisierung der Dialog-Praxis. Psych Pflege Heute 2006; 6: 318–321
- 7 Geislinger R. Experten in eigener Sache. Psychiatrie, Selbsthilfe und Modelle der Teilhabe. München: Zenit, 1998
- 8 Heim S. Dialog – praktisch nur im Biotop! In: Bombosch J, Hansen H, Blume J (Hrsg). Dialog praktisch. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus, 2004; 51
- 9 Bombosch J, Hansen H, Blume J. Magdeburger Thesen zur Dialogischen Psychiatrie. Dialog praktisch. Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dem Weg zur demokratischen Psychiatrie. Neumünster: Paranus, 2004; 117f
- 10 Melz M. Therapieziele stationärer akutpsychiatrischer Behandlung bei Psychose-Erkrankungen. Ergebnisse einer dialogischen Befragung durch Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle. Unveröffentlichtes Manuskript einer Diplom-Arbeit an der Fakultät für Soziologie der Universität Bielefeld. Bielefeld, 2005
- 11 Melz M et al. Kann man dialogisch forschen? Ein gemeinsamer Versuch von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Psychosoziale Umschau 2006; 1: 16–17
- 12 Finzen A. Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2000
- 13 <http://www.imtek.de/index.php?page=http://www.imtek.de/content/syphus.php>

Vita

Jürgen Bombosch, Qualitätsauditor, Diplom-Psychologe, Diplom-Soziologe, Krankenpfleger, Geschäftsführer Sozialwesen, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche im Rheinland (DW EKIR).