

# Krankheitsverständnis zwischen Stigmatisierung und Empowerment<sup>1</sup>

**Thomas Bock**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Deutschland

Funding / competing conflicts of interest: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## Summary

### *Disease understanding between stigmatisation and empowerment*

The reform of psychiatry is only half way to its goal: intelligent organisational and financial models are needed to pave the way for the next steps. For a consistent changeover to ambulant therapy a move away from a purely deficit-oriented pathology is equally necessary. Home treatment calls for a different disease understanding and a set of relationships different from classical psychiatry. Reductionist medical disease concepts have already shown themselves incapable of reducing fear in the sense of de-stigmatisation. Ideas for an anthropological disease understanding are put forward – the precondition for permanent dismantling of prejudices and the growth of tolerance in relations with other people and sensitivity towards oneself; the precondition for empowerment and participation. The dialogue as a struggle for a meeting with concerned people, family and therapists on an equal footing is presented as a demand and an opportunity on several levels. A basic psychotherapeutic attitude is regarded as the basis of psychiatry, justified by man's need for meaning and empirically backed with the results of the Hamburg SuSi project. It ends with ten theses which offer a forward look along the way to a "postpsychiatry".

*Key words: reform of psychiatry; stigmatisation; (anthropological) disease understanding; empowerment; participation; dialogue; psychotherapy*

## Psychiatriereform auf halbem Weg

Zwar wurden inzwischen die inhumanen Zustände in den psychiatrischen Anstalten weitgehend überwunden und sozialpsychiatrische Institutionen sowie Tageskliniken und Ambulanzen aufgebaut. Im nächsten Schritt wurde ein Paradigmenwechsel von institutions- zu personenzentrierten Hilfen vollzogen mit dem Ziel, dass das ambulante betreute Wohnen Vorrang vor stationären Wohnformen hat und sich dieser Wandel allmählich auch auf andere Lebensbereiche, wie die Teilhabe an Arbeit, ausweitet. Aktuell hemmen politische Bedingungen die weitere Psychiatriereform, insbesondere Strukturprobleme bei der psychiatrischen Versorgung und deren Finanzierung, die auch das Ausmass der Partizipation entscheidend begrenzen [1]:

Korrespondenz:  
Professor Thomas Bock, MD  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistrasse 52  
DE-20246 Hamburg  
Germany  
bock[at]juke.de

- Doppelungen und Spaltungen im Versorgungs- und Finanzierungssystem (zwischen Psychiatrie und Psychosomatik, Sozial- und Gesundheitshilfen, stationären und ambulanten Angeboten usw.) binden viele Ressourcen, verhindern Kontinuität und benachteiligen Schwerkranken.
- Es gibt weiterhin eine Übermacht grosser Institutionen (Heime, Kliniken, Anstalten), deren Finanzierungsmodus auf stationäre Hilfen konzentriert ist.
- Es gibt Probleme beim Angebot von Wohnraum und Arbeit; die Reform ist hier auf (kommunal-) politische Unterstützung angewiesen.
- Die gesellschaftliche Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen dauert an; die Psychiatrie kann dem ohne Partizipation nicht glaubwürdig entgegenwirken. Sie ist selbst befangen und beschränkt, z.B. durch ein eher reduktionistisches Krankheitsverständnis.
- Begrenzungen entstehen ebenfalls durch die Faktoren Beziehungsqualität und -kontinuität. So stehen z.B. psychotherapeutische Hilfen Patienten mit bestimmten Diagnosen (schizophrene Psychosen und bipolare Störungen) kaum zur Verfügung [2].
- Viele psychosoziale Hilfen drohen von den immer stärker werdenden Marktmechanismen zerrieben zu werden, zumindest wichtige Haltefunktionen zu verlieren. Eine Orientierung der Hilfen auf den Sozialraum ist von Modellprojekten abgesehen kaum gegeben.

Etwas zugespitzt: War die Situation psychisch erkrankter Menschen früher von Ausgrenzung in Anstalten und grossen Sälen ohne Privatsphäre geprägt, so drohen heute ein ambulantes Ghetto oder Akutstationen mit rein klinischer Atmosphäre. Die soziale Einbindung mit allgemeinen Kontakten und sinngebenden Aufgaben kommt ebenso zu kurz wie die biographische Einordnung akuter Krisen. Manche Hoffnung ruht auf dem Konzept der «Integrierten Versorgung», das den Kassen die Freiheit gibt, neue Finanzierungs- und Versorgungsformen zu erproben. Das Hamburger Modell (DAK, HEK, AOK u.a.) verändert die Krankenhausfinanzierung in dem Sinne, dass nicht mehr Pflegesätze die stationäre Unterbringung belohnen, sondern über Jahrespauschalen Ressourcen in ambulante Krisenintervention (mittels «home treatment») umgesteuert werden [3]. – Das bundesweite Modell der Techniker-Krankenkasse zielt eher auf die Stärkung des ausserklinischen Bereichs durch eigenen Zugang zu Mitteln der Krankenhilfe (SGB V), um ebenfalls durch Hometreatment und Krisenbetten Hospita-

<sup>1</sup> Nach einem Vortrag am Symposium «Das Soziale in der Psychiatrie – gesellschaftliche Verhältnisse und psychiatrischer Alltag» am 10. November 2011 in Liestal.

lisierung zu vermeiden – allerdings mit dem Risiko eines finanziellen Malus für dennoch notwendige (teil-)stationäre Behandlung. Beide Modelle entsprechen uralten Forderungen der Sozialpsychiatrie und sind zu integrieren [4].

Solche Strukturveränderungen begünstigen Partizipation, aber damit sie gelingt, bedarf es nicht nur anderer Finanzierungsstrukturen, sondern auch eines inhaltlichen Diskurses. Würde Home treatment bedeuten, die übliche Akutpsychiatrie in die Wohnzimmer zu tragen, wäre das ein Alptraum. Zugleich kann der neue Ort der Begegnung dazu beitragen, die Wahrnehmung psychischer Erkrankung zu öffnen und die Qualität der therapeutischen Beziehung zu verbessern

Ähnlich umstritten ist das *Persönliche Budget*, das die Selbstbestimmung des Patienten in der Eingliederungshilfe (SGB XII) fördert; die Umsetzung geschieht regional sehr unterschiedlich und wird von den grossen Anbietern eher misstrauisch verfolgt, z.T. offen behindert [5].

## Stigma

Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen sind so verbreitet, dass die Zahl derer, die neben der Erkrankung auch unter einem gesellschaftlichen Stigma leiden, beträchtlich ist. Angst und sozialer Rückzug sind die Folgen. Vorurteile gefährden individuelle therapeutische Fortschritte, die Ressourcen der Familie und die strukturelle Weiterentwicklung der Psychiatrie. Besonders betroffen sind Patienten mit den Diagnosen schizophrene und affektive Psychose (hier besonders manisch-depressive Erkrankung). Beide Diagnosegruppen betreffen jeweils mindestens 1–2% der Bevölkerung. Bezieht man die Angehörigen mit ein, sind also fast 5 Millionen Menschen in Deutschland direkt oder indirekt betroffen. Einseitige Medienberichte, aber auch frühere Fehleinschätzungen der Psychiatrie halten Vorurteile aufrecht, die wissenschaftlich längst widerlegt sind: Die Patienten seien «gefährlich, unheilbar, unberechenbar»; ihre Persönlichkeit sei «gespalten», die «Eltern schuld an der Erkrankung». Dass die Nazi-Psychiatrie insbesondere Menschen mit schizophrenen Psychosen für lebensunwert erachtete, diese Diagnose also für viele einem Todesurteil gleichkam, wirkt in der gesellschaftlichen Angst noch lange nach.

Für die Soziologie ist Stigmatisierung «die Zuordnung negativ bewerteter Merkmale». Die aber geschieht nicht irgendwo zwischen Nachbarn und Kollegen, sondern primär in der Psychiatrie selbst. Wenn ich eine Diagnose stelle, bin ich also verantwortlich für die Wirkung meines Tuns und muss mich umso mehr um die Anschlussfähigkeit meiner Sprache bemühen. Genau hier muss wirksame und nachhaltige Antistigmaarbeit beginnen – in der Psychiatrie und bei ihrem oft fatal nachlässigen Umgang mit Sprache.

Zugleich ist die Psychiatrie als Wissenschaft aufgrund ihrer historischen und gegenwärtigen Verstrickung überfordert und nicht geeignet, alleine den gesellschaftlichen Vorurteilen entgegenzuwirken. Glaubwürdig und überzeugend ist sie nur gemeinsam mit Patienten und Angehörigen. Praktische Erfahrungen belegen die einschlägige

Forschung: Vorurteile lassen sich weniger durch schlaue Texte und professionelle Vorträge als durch individuelle Geschichten und persönliche Begegnung beseitigen. Kinder und Jugendliche sind besonders betroffen: als Träger und potentielle Opfer von Vorurteilen, bezogen auf eigene Besonderheiten und in ihrer Rolle als Angehörige psychisch erkrankter Menschen. Die Erfahrung zeigt aber auch, dass gerade Jugendliche Korrekturen der jeweiligen stigmatisierenden Einstellungen leichter zugänglich sind als Erwachsene.

## Anthropologisches Verständnis – gegen Pathologisierung und Reduktionismus

Psychische Erkrankungen scheinen zuzunehmen. Diesen Eindruck signalisieren Statistiken und Zeitungsmeldungen sowie die wachsende Breite des ICD-Spektrums. Davon abgesehen, dass viele dieser Zahlen von Interessen geleitet sind und manche auch eher eine Akzeleration – also eher einen früheren Erkrankungsbeginn und eine längere Lebensdauer – als eine absolute Zunahme markieren, erscheint es umso wichtiger, psychische Erkrankungen nicht nur medizinisch, sondern auch entwicklungspsychologisch, nicht nur pathologisch, sondern auch anthropologisch und im psychosozialen und politischen Zusammenhang zu betrachten [6].

Die medizinische Diagnoseverschlüsselung (ICD 10) hat die Psychiatrie differenzierter gemacht, aber tendenziell jeglichem biographischen und beziehungsorientierten Denken entfremdet. Kaum ein Patient verlässt heute die Psychiatrie mit nur einer Diagnose. Manchmal mag diese Differenziertheit angemessen und wünschenswert sein. Doch häufig geht es vor allem darum, unangenehme MDK-Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) abzuwehren und Liegezeiten zu rechtfertigen. Komorbidität festzustellen, wird zur abstrakten Addition ohne Gefühl für Wechselwirkungen der Phänomene. Mit dieser Haltung wird vor allem Unverständnis vermittelt und das Risiko der (Selbst-)Stigmatisierung verstärkt. Psychose, Angststörung und Depression werden addiert, anstatt die Angst aus der Psychose zu erklären und die Depression mit Genesung und Erschrecken in Verbindung zu bringen. Wir vergessen, was früheren Pathologen geläufig war, dass Symptome Hierarchien bilden, sich wechselseitig bedingen und erklären können: Zwänge können vor der psychotischen Dekompensation schützen, Wahnvorstellungen der Erklärung von Halluzinationen dienen, Hypomanien als Ausgleich von Depressionen (subjektiv) geradezu nötig sein. Die reduktionistische Betrachtung steht jeder Partizipation ebenso im Wege wie die absplattende Addition von Diagnosen. Beides begünstigt eher Fremdbestimmung und Entfremdung und nicht innere Anteilnahme und Empowerment.

Der direkte Austausch von Betroffenen, Angehörigen und Therapeuten (Dialog – s.u.) hat neben die pathologische die anthropologische Betrachtung gestellt: «*Psychisch erkranken zu können gehört zum Wesen des Menschen. Wir sind Wesen, die an uns zweifeln und dabei auch verzweifeln können. Wir können über uns hinausdenken und laufen dabei auch Gefahr,*

uns und unsere Grenzen zu verlieren. Wenn wir das sehr ausdauernd machen, kommen wir in die Nähe der kognitiven/schizophrenen oder der affektiven Psychose. Wer also psychotisch wird, ist kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich.» (aus der sog. «Blauen Broschüre», trialogisch verfasst von der AG der Psychoseseminare 2000/2007). Diese Haltung lässt sich über alle Diagnosen «durchdeklinieren». In diesem Sinne lassen sich für alle psychischen Erkrankungen anthropologische Aspekte beschreiben, die nicht nur Vorurteilen entgegenwirken, sondern auch die Aneignung der Symptome und damit die «innere Partizipation» fördern.

Diese Besinnung auf das Wesen des Menschen mahnt nicht nur zur therapeutischen Bescheidenheit, sondern auch zu einer partizipativen Gestaltung von Beziehung und Verantwortung. Die inzwischen vielfach geforderte Veränderung der Gewichtung von Erkrankung und Genesung (Recovery-Orientierung – [7]), also die Besinnung auf das, was ein gesundes Leben auch mit Symptomen fördert, wird dadurch massgeblich unterstützt. Die innere Partizipation ergänzt die äussere. Partizipation in der Psychiatrie muss, wenn sie nicht oberflächlich und äusserlich bleiben will, nicht nur Patienten der medizinischen Sichtweise anpassen, sondern die Wiederaneignung des krankhaft Erlebten unterstützen. Die meist unbelegte Behauptung, dass bis zu 30% der Menschen unter einer psychischen Erkrankung leiden, bedarf zumindest der Korrektur durch Öffnung unseres Krankheitsverständnisses für das zutiefst Menschliche.

#### Lebenskrisen mit mehrfacher Eigendynamik

Psychische Erkrankungen als *existentielle Lebenskrisen besonders dünnhäutiger Menschen mit dem besonderen Risiko mehrfacher Eigendynamik* zu betrachten, ist in diesem Zusammenhang erst einmal nicht mehr als eine Richtung gebende Hypothese: Lebenskrise steht für Risiko und Chance, das Existentielle für die tiefe innere und äussere Erschütterung aller Beteiligten. Die Eigendynamik beschränkt sich bewusst nicht nur auf den Hirnstoffwechsel, der z.B. bei Depressionen und Psychosen u.U. immer sensibler reagiert. Mindestens so wichtig sind psychische und soziale Eigendynamiken, die Entstehung und Verlauf wesentlich mitbestimmen, z.B. wenn bei Depressionen bestimmte Denkmuster und Handlungsstrategien den Patienten immer weiter in die Tiefe schrauben oder wenn die Angst vor Stigmatisierung den sozialen Rückzug fördert und die Isolation dann wiederum die psychotische Halluzination nährt. Die Beispiele sind beliebig fortzusetzen.

#### Suche nach Sinn – Bedeutung für Empowerment und Entstigmatisierung

Der Frage nach dem subjektiven Erleben einer psychischen Störung wird zunehmend mehr Bedeutung beigemessen. Im Bereich schizophrener Erkrankungen ist der Einfluss von subjektiven Krankheitskonzepten einschliesslich des Gefühls der Beeinflussbarkeit von Behandlung und Krankheitsverlauf unmittelbar plausibel und auch gut belegt. Die subjektiven Krankheitskonzepte haben erheblichen Einfluss auf die Compliance. Der Respekt des Arztes für diese

individuellen Positionen verbessert die Bedingungen der Kooperation [9]. Zudem korrelieren idiosynkratische, d.h. eigensinnige und in Grenzen vom Arzt abweichende Krankheitskonzepte positiv mit Lebensqualität [10]. Die subjektive Lebensqualität wiederum spielt zumindest bei der Bewertung von Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika eine wichtige Rolle [11].

Untersuchungen von McCabe und Priebe legen jedoch nahe, dass Psychose-Patienten in ihrem Bedürfnis nach Gesprächen über die subjektive Bedeutung der Erkrankung häufig enttäuscht werden [12]. Zudem wurde in Bezug auf das Stimmenhören schizophrener Patienten eine Blockade in Hirnbereichen festgestellt, denen eine Monitoring-Funktion zugeschrieben wird; Halluzinationen können deshalb nicht so leicht mit Erlebnissen und Erinnerungen in Beziehung gesetzt werden: die Psychotherapie müsse dieses Defizit ausgleichen helfen und den möglichen Sinn der Stimmen zu rekonstruieren versuchen [13].

Ausgehend von einem Sinnbedürfnis des Menschen, wie es schon der Wiener Psychiater und Psychoanalytiker Viktor Frankl propagierte, kommt Sinnkonstruktion in der Bewältigung schwerer Lebensereignisse, somit auch bei schweren somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen, eine wichtige Bedeutung zu: «Ist der Mensch *«auf der Suche nach Sinn»* fündig geworden, dann wird er glücklich. Auf der anderen Seite wird er dann aber auch leidensfähig. Leiden bringt nämlich den Menschen nicht an und für sich zur Verzweiflung. Sondern nur Leiden, das ohne Sinn zu sein scheint, führt zur Verzweiflung.» [14] Auch Antonovskys vielfach untersuchtes salutogenetisches Konzept [15] belegt ein allgemeines Kohärenzgefühl als gesundheitsförderlichen Faktor, also u.a. der Eindruck von Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit des Lebens. In der somatischen Medizin ist Sinnkonstruktion als Bewältigungsstrategie nach einer schweren, beispielsweise onkologischen Erkrankung bereits gut erforscht worden [16, 17]. Ein theoretisches Modell der sinnbasierten Bewältigung, das Sinnfindung zur Wiederherstellung von emotionalem Wohlbefinden betont, wird von Park et al. diskutiert [18]. Es stellt sich also die Frage, ob Konzepte und Ansatzpunkt, die bei somatischen Erkrankungen inzwischen anerkannt sind, auch für schizophrene bzw. kognitive Psychosen relevant sind. Mit dem hier vorgelegten Instrument ergeben sich neue Möglichkeiten, die subjektive Bewertung der Psychose bzw. die Rekonstruktion dieser Bedeutung in der Psychotherapie wissenschaftlich zu untersuchen.

Im klinischen Bereich gibt es bei Patienten, Angehörigen und Therapeuten eine grosse Bandbreite von Einstellungen und Bewertungen hinsichtlich der Frage nach der subjektiven Bedeutung. Das hat auch damit zu tun, dass «Subjektiver Sinn» und «Subjektive Bedeutung» höchst heterogene Begriffe sind. Am ehesten lassen sich die *Extrempositionen* beschreiben:

- Psychosen stellen einen ganz und gar sinnlosen und zufälligen Vorgang dar. Der Hirnstoffwechsel entgleist ohne einen Bezug zum Erleben. Die Symptome zu hinterfragen, ist sinnlos und schädlich.
- Die psychotische Erfahrung verschafft einen ungewohnten und überwältigenden Zugang zu unbewussten Erlebnissen und Konflikten; deren Aufarbeitung ist notwendig, um zu einer nachhaltigen Stabilisierung

zu kommen. Die Symptomreduktion mit der Hilfe von Medikamenten kann dabei helfen, aber nur im Rahmen einer tragenden, reflektierenden Beziehung mit dem Ziel, das Erlebte zu integrieren [19].

Schon diese polarisierte Gegenüberstellung macht deutlich, dass es nicht nur um die Erklärung der Erkrankung, sondern auch um ihre Bedeutung geht, nicht nur um das Woher, sondern auch um das Wozu. Zwischen den Polen sind alle Abstufungen denkbar und nötig – und aus Patienten-, Angehörigen- und Therapeutenperspektive jeweils spezifisch zu betrachten. Kasuistiken und qualitative Untersuchungen aus dem Kontext der Psychoseseinare unterstreichen das Sinn-Bedürfnis von Psychose-Patienten. Die Fähigkeit des Patienten, den Erlebnissen in der Psychose eine gewisse Bedeutung beizumessen oder einen begrenzten Sinn zu rekonstruieren, hat in einzelnen Kasuistiken und Erfahrungsberichten Einfluss auf die Genesung (z.B. [20]).

Systematische Untersuchungen zur subjektiven Bedeutung von Psychosen sind jedoch selten, auch weil ein geeignetes Instrument für quantitative Untersuchungen bisher fehlt. Deshalb war es das Ziel des im Folgenden vorgestellten SuSi-Projekts, einen Fragebogen zum subjektiven Sinn von Psychosen zusammenzustellen, zu erproben und zu validieren. Angestrebt wurde ein Instrument, mit dem die Vielfalt von Bedeutungsstrukturen ausreichend differenziert erfasst werden kann, der also die quantitative Beforschung des Konstrukts ermöglicht und zugleich als therapeutisches Hilfsmittel dienen kann.

In einem aufwendigen trialogischen Verfahren ist ein Fragebogen mit ausreichend guten Testkriterien entstanden, der auf drei Zeitebenen sechs Faktoren gestaltet [21]:

- Rekonstruktion der «Gewordenheit» – Zuordnung von Lebens- und Psychoseerfahrung:

*Meine Lebenserfahrungen spielen eine Rolle bei der Entstehung und Ausprägung meiner Psychose. Dass ich psychotisch wurde, hat mit meiner Person und meinen Lebenserfahrungen zu tun. – Gegenposition/Nullhypothese: Meine Psychose entstand zufällig.*

- Wahrnehmung der Gegenwart – Erleben der Symptome  
*Meine Symptome haben (nicht nur eine Geschichte, sondern auch) eine Botschaft. Es lohnt sich, meine Erfahrungen näher zu betrachten. – Gegenposition/Nullhypothese: Meine Psychose ist sinnlos und ohne Bedeutung.*

- Blick in die Zukunft – Mögliche Konsequenzen  
*Meine Erfahrungen haben Konsequenzen. Ich kann daraus Lehren ziehen, die mein Leben positiv beeinflussen. – Gegenposition/Nullhypothese: Meine Psychose hat mein Leben negativ beeinflusst, also eher destruktive Konsequenzen.*

Bei der Ausgabe der Fragebögen an die Teilnehmer zeigte sich eine durchweg sehr positive Resonanz auf die Fragestellung; der Frage nach der subjektiven Bedeutung wird hohe Priorität eingeräumt. Entsprechende Nachfragen im Rahmen der Behandlung werden von den Betroffenen in hohem Masse vermisst. In deskriptiven Analysen der Antworttendenzen ergaben sich folgende Ergebnisse:

- Über 90% sehen Lebensereignisse in Zusammenhang mit der Entstehung der Psychose. 60% betonen ein unbelastetes Leben vor der Psychose.
- Etwa 70% erleben Symptome negativ, immerhin 45% aber auch positiv. (Die Werte addieren sich auf über 100,

da die Skalen unabhängig sind und sich die Antworten auf verschiedene Psychosen beziehen können).

- Die Auswirkungen der Psychose bezeichnen 70% als konstruktiv, 28% eher als negativ.
- 75% der Befragten empfinden eine Übereinstimmung der Behandler oder nächsten Bezugspersonen mit ihren Aussagen zur subjektiven Bedeutung [22].

Bemerkenswert sind dabei vor allem die Zusammenhänge:

- Die Attribution auf bestimmte Lebensereignisse ist hochsignifikant mit bereichernden Symptomen und eher optimistischer Perspektive verknüpft.
- Umgekehrt geht eine als unbelastet empfundene Vergangenheit eher mit subjektiv negativen Konsequenzen einher; der Zusammenhang mit dem aktuellen Erleben der psychotischen Symptome ist nicht so eindeutig.
- Eine subjektiv unbelastete Vorgeschichte ist verbunden mit einem eher schmerzhaften Blick in die Zukunft. Belastende Symptome stehen im Zusammenhang mit subjektiv eher negativen Auswirkungen.

Unter Berücksichtigung des subjektiven Wunsches nach innerer Konsistenz und eigener Deutungsmacht legt dieser Zusammenhang folgende Schlussfolgerung nahe: Lebensereignisse mit der Psychose zu verbinden, verändert offenbar den Blick auf die Symptome und auf ihre Auswirkungen konstruktiv. Das Ergebnis ist als Unterstützung der narrativen Perspektive und als Auftrag für eine biographisch orientierte Psychotherapie zu verstehen. – Andererseits bleibt es aber auch förderlich, die symptomatische Belastung da, wo es möglich ist, zu reduzieren.

### Alternative Trialog – Weg zu Empowerment und Partizipation

Eine der Triebkräfte für Partizipation ist der Trialog – mit einer möglicherweise dreifachen Dynamik (Patienten, Angehörige, Therapeuten/Ärzte). Im Folgenden wird seine grundsätzliche Bedeutung dargestellt; später folgen Beispiele für Partizipation auf verschiedenen Ebenen.

Bereits 1989, also vor über 20 Jahren, entstand in Hamburg mit dem dortigen Psychoseseinaren die erste Keimzelle des Trialogs. Wie von Zauberhand gesteuert kamen 80 Menschen – Betroffene, die sich später Erfahrene nennen sollten, Angehörige und Profis/Studierende – zu trialogisch gleichen Teilen zusammen. Alle waren beeindruckt von den neuen Chancen eines Austausches jenseits von familiärer Verflechtung und therapeutischer Abhängigkeit. Das Bemühen um einen ansatzweise herrschaftsfreien Diskurs [23] war angesichts der langen Geschichte von Herrschaft und Missbrauch jedenfalls überfällig und befreiend. Eine zugleich radikale und vorläufige Form der Partizipation, ja mehr noch eine Begegnung als Experten – durch eigene Erfahrung bzw. durch Ausbildung und Beruf, ein Bemühen um eine gemeinsame Sprache und ein Versuch, wechselseitige Vorurteile zu überwinden. Alle geeint von dem grossen Ziel, Psychosen wieder in ihrer individuellen Vielfalt und subjektiven Bedeutung sowie im sozialen/familiären Zusammenhang wahrzunehmen und entsprechend den Blick auf höchst verschiedene Hilfebedarfe zu öffnen [24, 25].

Rasant breitete sich die Idee aus auf andere Orte, andere Ebenen und später auch auf andere Diagnosen. Die Idee des Trialogs, des gleichberechtigten Austausches, erreichte die psychiatrische Praxis – u.a. mit der Idee der Behandlungsvereinbarung (in der Langzeitpatienten in stabilen Zeiten Behandlungsbedingungen für Krisen verbindlich mitbestimmen), später mit der Idee der Behandlungskonferenz bei Ersterkrankten (möglichst am Anfang und vor Ort, um Psychiatrisierung möglichst von Anfang an zu vermeiden bzw. zumindest zu relativieren) und letztlich auch in der Idee des Open dialogue [26], welche die aktuelle Reform mittels Integrierter Versorgung wesentlich prägt.

Die Idee des Trialogs erreichte die Aus-, Weiter- und Fortbildung, wobei die Universitäten hinterherhinkten, prägte viele Tagungen mit dem absoluten Höhepunkt des Weltkongresses für soziale Psychiatrie, der unter dem Titel «Abschied von Babylon» (gemeint waren Sprachverwirrung und Grössenwahn) 1994 in Hamburg – durchgehend mit Hauptreferenten aus allen drei Perspektiven – stattfand. Er erreichte mit über 4000 Beteiligten aus aller Welt (ohne jedes Pharmsponsoring) eine unglaublich beeindruckende Ausstrahlungskraft – in diesem Moment eine Partizipation, von der somatische Kongresse nicht mal träumen [27]. Für die weitere Verbreitung und Vertiefung des Trialogs und damit der dreifachen/wechselseitigen Partizipation spielte eine grosse Rolle, dass fast zeitgleich mit den Psychoseminaren 1992 auch der Bundesverband Psychiatrie-erfahrener entstand, so dass mit der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie als berufsgruppenübergreifender Fachgesellschaft und dem zehn Jahre vorher entstandenen Bundesverband der Angehörigen nun auch der verbandliche Trialog eine Basis hatte. Bei allen Interessenunterschieden und bei allen Versuchen der Pharmafirmen, Einfluss zu gewinnen: Dem Trialog ist es zu verdanken, dass auch der verbandliche Gesprächsfaden nie abbrach und eine Gegnerschaft wie in den USA und anderen angelsächsischen Ländern zwischen Patienten und Angehörigen ausblieb. Ein Faustpfand für psychiatriepolitische Partizipation, um das uns manche Länder beneiden.

Der Trialog fand seinen Widerhall in entsprechend organisierten Beschwerdezentren [43], in Büchern – z.B. Stimmenreich [28], Achterbahn der Gefühle [29] –, Fachverbänden (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen – www.dgbs.de) und Zeitschriften (z.B. InBalance). Auf den wechselseitigen Abbau von Vorurteilen folgte an vielen Stellen der gemeinsame Kampf gegen allgemeine Stigmatisierung und Ausgrenzung: Bekannteste Vorbilder für diese Entwicklung sind «Irrsinnig menschlich» aus Leipzig und «Irre menschlich Hamburg». Es ist kein Wunder, dass sich auf diese Weise das Verständnis von Psychosen und später auch von anderen Störungsbildern erweiterte: Psychopathologische Definitionen wurden um anthropologische Aspekte ergänzt – auch diese ein Beitrag nicht nur zur nachhaltigen Entstigmatisierung, sondern auch zur inneren Partizipation im Sinne einer (Wieder-)Aneignung des Erlebten.

Der Trialog ist nicht vom Himmel gefallen, hat Vorläufer und Wurzeln. Und die sich hier artikulierenden Bedürfnisse haben eine lange Geschichte. Um eine anthropologische Sicht bemühten sich schon Daseinsanalytiker und Phänomenologen wie z.B. Ludwig Binswanger [30] und Karl Peter

Kisker [31]. Der Trialog hat diese anthropologische Sicht nicht erfunden, doch er hat sie belebt und ihr eine neue Basis gegeben. Die Aufarbeitung der Schuld gegenüber Angehörigen begann schon vorher (s. z.B. [32]). Respekt vor der subjektiven Bedeutung von Psychosen lehrten Pioniere nahezu aller psychotherapeutischen Schulen. Und der Wert der ehrlichen Begegnung, des wirklichen Sprechens ergibt sich zwingend aus den Verbrechen der sprachlosen Psychiatrie im Nationalsozialismus [20]. Insofern hat die Partizipation in der Psychiatrie eine besondere Geschichte, Bedeutung und Perspektive.

## Perspektiven

### Irre menschlich Hamburg – eine trialogische Bürgerinitiative

«Irre menschlich Hamburg e.V.» gehört mit dem Schwesterprojekt «Irrsinnig menschlich Leipzig» zu den Antistigma-Projekten der ersten Stunde. Im Unterschied zu Leipzig sind die Themen und Einsatzorte sehr viel breiter angelegt und die Angehörigen spielen im Sinne eines Trialogs eine grössere Rolle. Das gilt insbesondere auch für die vielen verschiedenen Fortbildungsangebote. Wir sind zugleich ein trialogischer gemeinnütziger Verein und ein Projekt der Uniklinik Hamburg-Eppendorf. Unsere Initiative begann ihre Arbeit bereits 1998 mit dem damals erschienenen und an Hamburger Schulen erfolgreichen Kinderbuch «Bettelkönigin» (über die Hamburger Künstlerin Hildegard Wohlgemuth, [33]) und ist aus dem Hamburger Psychoseminar hervorgegangen – mit dem Ziel, nicht nur den Abbau wechselseitiger Vorurteile zu betreiben, sondern nun gemeinsam auch gegen öffentliche Vorurteile vorzugehen. Seitdem beraten und unterstützen wir auch andere Psychoseminare und andere trialogische Initiativen.

Irre menschlich Hamburg hat einen breiten Aufgabebereich.

- regelmässige Informations-, Unterrichts- und Präventionsprojekte für Hamburger Schulen für alle Altersstufen und verschiedene Unterrichtsfächer;
- regelmässige Tage der offenen Tür u.a. speziell für SchülerInnen «Psychiatrie macht Schule»;
- Aufklärungs- und Informationsprojekte in Hamburger Betrieben;
- regelmässige Aus- und Fortbildungsveranstaltungen für Gesundheitsberufe, Jugendhilfe, Polizisten, Lehrer, Pastoren, Wohnungswirtschaft ...
- öffentliche Aktivitäten u.a. in Zusammenarbeit mit dem Behindertenbeauftragten;
- verschiedene kulturelle Veranstaltungen (Ausstellungen, Filme, Theater);
- Entwicklung, Erprobung und Durchführung eines Curriculums zur Vorbereitung Psychiatrie-Erfahrener auf eigenständige Aufgaben in Antistigmaarbeit und psychosozialer Versorgung.

Es gibt Referenten/-innen zu allen Störungsbildern, einen grossen Bestand an authentischen Materialien, die kostenlos zur Verfügung gestellt werden (Medienkoffer), ein ausführliches Lehrer-Begleitheft «Irre!», die erfolgreiche trialogische Broschüre «Es ist normal verschieden zu sein –

Verständnis und Behandlung von Psychosen» [8] sowie die preisgekrönte Photoausstellung (mit eigener Broschüre) «Erfahrungsschatz», in der in Bild und Wort vor allem Erfahrene porträtiert werden, die ihre Krankheitserfahrung in Aktivitäten zum Nutzen anderer umgewandelt haben. Alle Projekte dienen dem Ziel «Mehr Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Sensibilität im Umgang mit sich selbst» – als Voraussetzung für seelische Gesundheit bei allen Beteiligten.

#### Perspektiven: EXperienced-INvolvement – neue Qualität der Partizipation

Durch die Unterstützung der EU im Rahmen des Leonardo-Vinci-Förderprogramms ist es sozialpsychiatrisch Aktiven aus Bremen und Hamburg [34] im Verbund mit Projekten aus fünf weiteren europäischen Ländern (England, die Niederlande, Norwegen, Schweden, Slowenien) gelungen, ein Curriculum zur Förderung von Erfahrenen zu entwickeln und zu erproben, das diese befähigt/unterstützt, nicht nur lehrend/informierend, sondern auch beratend/versorgend tätig zu werden. Inzwischen haben mehrere «Generationen» an Erfahrenen diese sorgfältige Vorbereitung absolviert und sind zum Gewinn für alle Beteiligten praktisch tätig geworden. Ein Train-the-trainees-Programm ist angefahren, das inzwischen viele andere Regionen beteiligt. Die Erfahrenen erschliessen sich ein neues Betätigungsfeld (analog den Ex-Usern im Drogenbereich bereits vor über 30 Jahren). Patienten kommen im Ergebnis des Projekts in den Genuss von Peer-Beratung. Und die Institutionen gewinnen ein besonderes und vielfältiges Angebot hinzu. Vor allem aber verändert sich durch dieses Projekt auch das alte Bild psychisch erkrankter Menschen auf besonders radikale Weise. Erfahrungen und Ergebnisse vor allem aus englischsprachigen Ländern zeigen den enormen Gewinn für alle Beteiligten. Die Psychiatrie mit Peers wird eine andere sein als die ohne. – In den angelsächsischen Ländern ist die Entwicklung z.T. schon weiter voraus. Verschiedene Studien, z.T. auf hohem randomisiertem Niveau, belegen deutliche Effekte der Peer-Beratung auf Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und Behandlungstreue [7]. Die Inanspruchnahme professioneller Dienstleistungen wird eher gesteigert als geschwächt – allerdings zielgenauer [35]. Der eigene Stellenwert der Peer-Beratung wird betont, zugleich wird davor gewarnt, sie zu sehr zu vereinnahmen [36] und ihres emanzipatorischen Charakters zu berauben. Untersuchungen im deutschsprachigen Raum stehen aus bzw. werden gerade realisiert (Gesundheitsmetropole Hamburg). In der Schweiz ist diese Idee nach meinen Informationen an mehreren Stellen praktisch vertreten; in Bern soll es einen entsprechend geprägten Studiengang geben. Dabei wird es u.a. um die doppelte partizipative Wirkung gehen – die der Peer-Berater und die der Beratenen.

#### Orientierung auf den Sozialraum

Ähnliche Entwicklungen sind bei vielen regional bezogenen Projekten zu beobachten – unabhängig davon, unter welchem Namen sie fungieren (Betreutes Wohnen, Psycho-soziale Kontaktstelle, Integrierte Versorgung, Selbsthilfe-

firma). Menschen mit Psychiatrieerfahrung übernehmen Dienstleistungen, die nicht nur ihrem Selbstbewusstsein bzw. ihrer materiellen Absicherung dienen, sondern auch im Lebensumfeld bedeutsam sind: Sie gewährleisten z.B. gesunde Ernährung in Schulen, drucken günstig Examensarbeiten, verkaufen gebrauchte Kinderkleidung oder übernehmen soziale Dienstleistungen wie die Betreuung alter Menschen usw. Diese Entwicklung mag erst am Anfang stehen. Doch sie verdeutlicht, dass Menschen mit der Erfahrung psychischer Erkrankungen nicht nur Defizite haben, sondern auch Ressourcen, und dass es nicht nur ein Bedürfnis nach Hilfe gibt, sondern auch nach Bedeutung [32]. Empowerment braucht den Bezug zum Sozialraum, und die aktive Gestaltung des Sozialraums braucht die Orientierung auf den Sozialraum [37]. Das gilt für die Psychiatrie besonders – auch weil so (Selbst)Stigmatisierung am nachhaltigsten verschwindet.

#### Thesen zum Weg in die Post-Psychiatrie

Die folgenden zehn Thesen sollen den Blick auf das, was nach einer hochspezialisierten medizinischen Akutpsychiatrie kommen könnte, schärfen. Sie spiegeln meine Erfahrungen mit dem Dialog auf allen seinen Ebenen, die Arbeit der Ambulanz der Uniklinik Hamburg (inkl. Integrierter Versorgung), meine Untersuchungen über die Lebenssituation von unbehandelten und eigensinnigen Patienten [42].

1. Ein auch anthropologisches Verständnis psychischer Erkrankungen kann helfen, Angst und Stigmatisierung zu reduzieren und Therapie integrativ zu gestalten.
2. Mit einem offeneren Verständnis und einer entsprechenden dialogischen Beziehung sind auch eigensinnige Patientinnen und Patienten für eine langfristige therapeutische Strategie zu gewinnen. Wichtig ist jedoch, nicht vordergründig zu taktieren, sondern wirklich kreativ und flexibel Schritte in die Welt des anderen zu wagen [19].
3. Rückfälle zu vermeiden, ist ein wichtiges, aber kein unbedingtes Ziel. Das Leben bringt Krisen mit sich, für sehr dünnhäutige Menschen auch das Risiko, den Boden der Realität vorübergehend wieder zu verlieren. Das um jeden Preis vermeiden zu wollen, kann bedeuten, das Leben zu verpassen: Eine solche absolute Strategie kann Negativsymptome und Depressionen geradezu bedingen [38].
4. Psychiatrie muss beweglicher werden – innerlich und äusserlich. Mehr Ressourcen müssen vom stationären in den ambulanten Bereich fließen. Ambulante Dienste müssen mobiler werden – mit offenem und geduldigem Beziehungsangebot, an einem möglichst angstfreien Ort und mit Respekt für individuelle und familiäre Ressourcen. Das gilt besonders für Ersterkrankte [22].
5. Für viele Patienten haben ihre Symptome eine subjektive Bedeutung, einen *eigenen Sinn*. Das Sinn-Bedürfnis ist gross. Wenn sie dabei keine angemessene Hilfe erfahren, ziehen sie sich enttäuscht zurück [39].
6. Wem es gelingt, die Psychose mit der eigenen Lebenserfahrung zu verbinden, sie sich wieder anzueignen, hat grössere Chancen, das eigene Leben hoffnungsvoll zu gestalten [22].

7. Stigmatisierung beginnt nicht erst draussen und mit der Entlassung, sondern mit dem ersten Tag. Wir tragen die Verantwortung dafür, ob unsere Sprache anschlussfähig ist. Das hohe Risiko der Etikettierung ist ein entscheidender Nachteil der Psychiatrie in den westlichen Industrieländern gegenüber den weniger entwickelten Ländern ([www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de), [40]).
8. Angehörige einzubeziehen, ist doppelt begründet – mit ihren Ressourcen *und* ihren Grenzen entlang den ureigenen Bedürfnissen: Es gibt nichts, was so gut hält und trägt wie gewachsene Beziehungen und möglichst wenig künstliche Milieus. Doch genau das erfordert Unterstützung und Entlastung der Angehörigen sowie ihre Besinnung auf höchst unterschiedliche Fragen – je nachdem, ob es um Beziehungen zu Eltern, Geschwistern Partnern, Kindern oder Freunden geht [41].
9. Es macht wenig Sinn, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote immer weiter zu spezialisieren, dafür aber immer mehr abrupte Wechsel der therapeutischen Beziehung in Kauf zu nehmen. Notwendig ist eine Spezialisierung auf den Einzelnen und seine Bezüge. Eine strukturübergreifende, also statusunabhängige Behandlungskontinuität erscheint als entscheidendes Qualitätskriterium [9].
10. Mag sein, dass die psychiatrische Versorgung vor einem neuen Aufbruch steht, dass die Modelle der Integrierten Versorgung (und der entsprechenden Finanzierung!) die Ressourcen zugunsten flexibler ambulanter Behandlung verschieben. Doch hilfreich wird das nur sein, wenn die mobilen Teams dann nicht nur Stoffwechsel behandeln, sondern Menschen, die nicht nur DuP-Phasen durchlaufen, sondern vielfältige Entwicklungsprozesse durchleben, die nicht nur von Defiziten, sondern auch von Ressourcen bestimmt werden. Wenn wir nicht ungehemmt die Psychiatrie in die Wohnzimmer tragen, sondern das Leben wieder mehr in unser psychiatrisches Denken einfließen lassen.
- Die Arbeit gegen Voururteile muss in der Psychiatrie selbst anfangen, bekommt über den Trialog eine zusätzliche gesellschaftliche Dimension und kann Empowerment bewirken – nicht nur bei den Beteiligten.

#### Literatur

- Bock T. Und sie bewegt sich doch ... Die Sozialpsychiatrie in der Zeit nach der Enquete. *Soziale Psychiatrie*. 2011;22 ff.
- Melchinger H. Ambulante psychiatrische Versorgung – Umsteuerung dringend geboten. *Deutsches Ärzteblatt*. 2008;516–8.
- Lambert M, Naber D, Bock T, Meigel-Schleiff C, Ohm G. Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen – Das «Hamburger Modell». *Soziale Psychiatrie*. 2010;34:30ff.
- Bock T. Integrierte Versorgung ist mehr: neues Handeln, anderes Bewusstsein. In: Faulkbaum-Decke W, Zechert C. *Ambulant statt stationär – Psychiatrische Behandlung durch Integrierte Versorgung*. Bonn: Psychiatrieverlag; 2010.
- Koch B, Zeus B. Du wirst morgen sein, was Du heute denkst. Auswertung eines Modellprojekts zum Trägerübergreifenden Persönlichen Budget. *Teilhabe*. 2010;49(1):33–37.
- Bock T. Wie gesund ist krank? – Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Suizidprophylaxe, in Heft 141 *Suizidprophylaxe* 37. 2010;141:50–5.
- Amering M, Schmolke M. *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2011.
- AG der Psychoseminare. Es ist normal verschieden zu sein, trialogische «Blaue Broschüre», Eigendruck – in der Schweiz vertrieben pro mente sana, im Internet u.a. unter [www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de); 2000/2009.
- Tertioglu P. Die gelungene Arzt-Patient-Kooperation in der psychiatrischen Praxis. Bonn: Psychiatrieverlag; 2005.
- Roessler W. Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:142–8.
- Naber D, Lambert M. *Schizophrenie*. Stuttgart, New York: Thiemeverlag; 2004.
- McCabe R, Heath C, Burns T, et al. Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ*. 2002;325:1148–50.
- McGuire PK, Murray RM, Shah GMS. Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet*. 1993;342:703–6.
- Frankl VE. *Der Wille zum Sinn: Ausgewählte Vorträge über Logotherapie*. The will to meaning. Huber: Bern; 1972.
- Antonovsky A. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*. 1993;36:725–33.
- Faltermaier T. Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler H, Kolip P, Abel T (Hrsg.). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 3. Aufl. Weinheim: Juventa Verlag; 2006. p. 185–96.
- Mehner A, Müller D, Koch U. Die Erfassung von sinnbasierten Bewältigungsstrategien und Lebenseinstellungen. Die deutsche Adaptation des Life Attitude Profile-Revised (LAP-R) an einer repräsentativen Stichprobe und Brustkrebspatientinnen. *Z klin Psych Psychoth*. 2007;36:76–188.
- Park CL. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*. 2012;136:257–301.
- Bock T. *Eigensinn und Psychose*. Neumünster: Paranusverlag; 2007.
- Buck D. *Auf der Spur zum Morgenstern*. Neumünster: Paranus; 2005.
- Bock T, Brysinski T, Klapheck K, Bening U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen – das Hamburger SuSi-Projekt. *Psychiatrische Praxis*. 2010;37:285–91.
- Klapheck K, Nordmeier S, Cronjäger H, Naber D, Bock T. Subjective experience and meaning of psychoses: The German Subjective Sense in Psychosis (SUSE) Questionnaire. *Psychological medicine*. 2011;7:1–11.
- Habermas J. *Theorie des kommunikativen Handelns*. Berlin: Suhrkamp; 1981.
- Bock T. *Psychoseseinmal – Ort, sich neu zu entwerfen*. Sozialpsychiatrische Informationen. 2003;3:34–39.
- Bock T, Priebe St. Psychosis-seminars, an unconventional approach for how users, carers and professionals can learn from each other, *psychiatric Services*. 2005;56(11):1441–3.
- Aderhold V, Alanen Y, Hess G, Hohn P (Hrsg.). *Psychotherapie der Psychosen – Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Giessen: Psychosozial-Verlag; 2003.
- Bock T, Buck G, Gross J (Hrsg.). *Abschied von Babylon – Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie (Dokumentation des XIV Weltkongress für Soziale Psychiatrie 94 in Hamburg)*: Bonn: Psychiatrie Verlag; 1995.
- Bock T, Esterer I, Buck D. *Stimmenreich – Mitteilungen über den Wahnsinn*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag; 2006.
- Bock T. (2006/2010); *Achterbahn der Gefühle – Leben mit Manie und Depression*. Bonn: BALANCE buch + medien verlag; 2006/2012.
- Binswanger L. *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich; 1942.
- Spazier D, Passie T, Machleidt W. *PsychiaterSein – Karl Peter Kisker – Auswahl seiner Schriften*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007.
- Dörner K, Egetmeyer A, Koenning K. *Freispruch der Familie*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2001.
- Stratenwerth I, Bock T. *Die Bettelkönigin (Kinderbuch)*. Bonn: Psychiatrie-verlag (Erstaufgabe: Kore-Verlag); 1998/2007.
- Utschakowski J, Sielaff G, Bock T. *Vom Erfahrenen zum Experten – Wie Peers die Psychiatrie verändern*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2009.
- Parslow RA, Jorm A, Christensen H, Rodgers B. Use of medical services after participation in a community-based epidemiological health survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004;39:311–7.
- Forbes J, Sasidharan SP. User involvement in services – Incorporation or challenge. 1997.
- Trojan A, Nickel S. Empowerment durch Kapazitätsentwicklung im Quartier – erste Ergebnisse und Einschätzung eines Erhebungsinstrumentes. *Das Gesundheitswesen*. 2008;70(12):771–8.
- Amering M, Schmolke M. *Recovery – das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2007.
- Bock T, Boysinski T, Klapheck K, Behring U, Lenz A, Naber D. Zum subjektiven Sinn von Psychosen – das Hamburger SuSi-Projekt. *Psychiatr. Praxis*. 2010; 1.
- Bock T. *Das Stigma psychische Krankheit – Aufklärung und Information an Schulen*. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 15.1. Merching: Forum-Verlag; 2005.
- Bock T. *Therapeutische Hilfen für Angehörige*. Psychotherapie im Dialog 4, (Schwerpunktheft Psychotherapie in der Psychiatrie). Stuttgart: Thiemeverlag; 2005.
- Bock T. *Lichtjahre, Psychosen ohne Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag; 1997/2007.
- Uebele G (2009); *Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Praktizierter Trialog Sozialpsychiatrische Informationen (Themenheft Trialog)*, 3/2009, 39: S. 10 ff.