

Das Stigma auf der Innenseite der Stirn*

Von Andreas Knuf

*Dieser Artikel wurde nur möglich durch die Rückmeldungen und den Austausch mit zahlreichen Betroffenen. Herzlichen Dank an alle, die daran mitgewirkt haben. Den Titel verdanke ich Gottfried Wörishofer von den Münchner Psychiatrieerfahrenen e.V.

Es ist verdammt schwer, sich mit einer psychischen Erkrankung anzunehmen. Jeder, den das Schicksal des Lebens nicht zu dieser Herausforderung zwingt, kann froh darüber sein. Menschen der Umgebung des Betroffenen unterschätzen häufig, wie schwer es für den betroffenen Menschen sein kann, sich sein eigenes positives Selbstwertgefühl zu bewahren oder dieses aufzubauen, nachdem er eine psychiatrische Diagnose erhalten hat und eventuell in einer Psychiatrie behandelt wurde. Ob es einem Menschen gelingt, sein Selbstwertgefühl zu bewahren und sich mit seiner psychischen Erkrankung anzunehmen, hat vielfältigen Einfluss darauf, wie er mit seiner Erkrankung umgehen wird, ob er sie verleugnet oder sich ihr stellt, ob er sich Hilfe holen kann, was er sich zutraut usw. Daher ist es ein wichtiger Faktor für den Gesundungsprozeß, ob sich der Betroffene für seine Erkrankung verurteilt oder diese annehmen kann.

Wie entsteht Selbststigmatisierung?

Wir Menschen sind soziale Wesen, Werte und Überzeugungen lernen wir von anderen. Besonders in unserer Kindheit übernehmen wir Beurteilungen und Überzeugungen von anderen Menschen schnell, aber auch als Erwachsene orientieren wir uns an den Bewertungen unserer Umgebung. Die von außen kommenden Einschätzungen und Überzeugungen integrieren wir in unser Selbst, fortan sind sie Teil unserer Person. Wir haben dann keinerlei Abstand mehr zu diesen Bewertungen. Bereits in frühen Jahren passiert es, dass wir auch uns selbst durch diese von außen stammende Brille betrachten und beurteilen. In uns entwickelt sich eine Instanz, die wir als „inneren Kritiker“ bezeichnen könnten. Er beurteilt unser Verhalten ständig („Du könntest besser sein.“ „Die anderen mögen dich nicht so wie du bist.“ „Streng dich mehr an.“). In der Psychoanalyse wird diese Instanz als Über-Ich bezeichnet. Der innere Kritiker ist fast immer „eingeschaltet“, wird aber besonders aktiviert, wenn in unserem Leben etwas schlecht läuft. Wenn also beispielsweise ein

Mensch arbeitslos wird oder psychisch erkrankt erhält diese Bewertungsinstanz zusätzliches „Futter“.

Diese Beurteilungen beziehen sich auf alle Bereiche des Lebens und Verhaltens: Wie sollte ich mich richtigerweise verhalten? Wie sollte ich mich kleiden? Wie denke ich über bestimmte Bevölkerungsgruppen usw. Ein Teil dieser Einschätzungen bezieht sich auch auf psychisch kranke Menschen. Solche Beurteilungen sind universell, d.h. fast jeder Mensch hat sie. Einschätzungen wie „Nimm dich vor Verrückten in Acht.“ oder „Einmal krank immer krank.“ haben also mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch Menschen, die selber psychisch erkranken. Wenn ich nun selber psychisch erkrankt wird diese Beurteilung gegen mich selber gerichtet und mit der Beurteilung richtet sich auch die negative Wirkung gegen mich selber. Habe ich beispielsweise die Einschätzung „Psychisch Kranke haben einen schwachen Charakter. Aus ihnen kann nie was werden.“ so wandelt sich diese allgemeine Aussage nun um in: „Ich habe einen schwachen Charakter, aus mir wird nie was werden.“ Solche Einschätzungen bezeichnen wir als Selbststigmatisierung. Andere Selbststigmatisierungen können sein: „Die anderen sehen mir das an“, „Ich bin weniger wert als die anderen“, „Ich bin gefährlich für die anderen“.

Da diese Bewertungen früh erworben wurden und zumeist gesellschaftlicher Konsens sind, sind sie sehr tief verankert. Für den Betroffenen bedeutet dies oft, dass er sich dieser Bewertungen nicht entledigen kann, auch wenn er als selbst betroffener Mensch andere Erfahrungen macht. So kann etwa die Bewertung „Psychisch kranke Menschen sind faul.“ stärker sein als die eigene Erfahrung, sich alle erdenkbare Mühe zu geben und sich sehr anzustrengen.

Wenn sich ein Mensch selber für seine psychische Erkrankung verurteilt, so hat das zahlreiche negative Folgen für ihn. Bei vielen Menschen stellt sich dann eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit ein, das heißt sie beobachten sich selber sehr intensiv und sind schnell geneigt ihr Verhalten als Ausdruck der psychischen Erkrankung zu interpretieren („Es geht wohl wieder los bei mir.“ „Das ist ja total verrückt, was ich da vorhin gemacht habe.“) Eine solche Selbstbeobachtung macht unfrei und lähmt. Zudem kann eine ständige Selbstbeobachtung ein paranoides Denken und eine paranoide Wahrnehmung fördern („Die anderen schauen so komisch, die wissen dass du schon mal in der Psychiatrie warst.“) Aufgrund der Selbstverurteilung entsteht bei vielen Betroffenen der Wunsch, möglichst normal zu wirken, um ja nicht

aufzufallen und als krank zu gelten. Der betroffene Mensch erlaubt sich dann auch kleinere Verrücktheiten nicht mehr, er versucht besonders normal und angepasst zu erscheinen, was häufig zu einem Verlust von Lebendigkeit und Spontaneität führt.

„Ich schäme mich so“

Eine besonders häufig vorkommende Folge der eigenen psychischen Erkrankung sind Schamgefühle. Es gibt zahlreiche Gründe für Schamgefühle bei psychisch beeinträchtigten Menschen. Der Betroffene kann sich dafür schämen, dass er überhaupt psychisch erkrankt ist. Weiter können Schamgefühle auftreten aufgrund des Verhaltens während der akuten Krisenzeit, vor allem bei Erinnerungslücken oder bei aggressivem oder moralisch zweifelhaftem Verhalten. Große Schamgefühle verursacht auch die Tatsache, in einer psychiatrischen Klinik gewesen zu sein, besonders dann, wenn es dort zu Gewalt- und Zwangsmassnahmen kam.

Schamgefühle sind völlig normal und treten zumeist erstmals dann auf, wenn jemand aus seiner psychotischen Welt wieder auftaucht. Sie zeigen dann, dass der betroffene Mensch wieder in der Lage ist, sich in andere Menschen hineinzusetzen. In dieser Phase sind sie damit eigentlich Zeichen dafür, dass jemand seine psychotische Krise überwinden hat, sie verdienen damit eine Wahrnehmung und positive Würdigung. Wenn sie länger anhalten haben sie jedoch zahlreiche negative Folgen.

Wenn wir Menschen uns schämen kommt es zu recht typischen Schamreaktionen: Wir würden am liebsten vor Scham im Boden versinken, möchten uns den Blicken der anderen entziehen, ja am liebsten unsichtbar sein. Vor Scham kann man sich verstecken, sich von anderen zurückziehen, was bis zur sozialen Isolation reichen kann. Diese typischen Schamreaktionen treten natürlich auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. mit Psychatrieerfahrung auf. Teilweise haben diese Reaktionsweisen grosse Ähnlichkeit mit Symptomen der auslösenden psychischen Erkrankung und werden daher manchmal damit verwechselt. Zieht sich jemand von seiner Umwelt zurück aufgrund einer psychotischen Erkrankung und der damit verbundenen Negativsymptomatik? Oder ist der Rückzug Folge der ihn belastenden Schamgefühle? Dies klar zu unterscheiden ist kaum möglich, die klassische Psychiatrie ist aber schnell versucht, entsprechende Verhaltensweisen zu pathologisieren und als Teil einer psychiatrischen Erkrankung zu interpretieren.

Wem es nicht gelingt, sich mit seiner psychischen Erkrankung anzunehmen, der gerät häufig in folgende Reaktionsmuster:

- ✓ Entweder konfrontiert er sich selber mit der Tatsache, dass er eine psychische Erkrankung hat. Dann ist die Gefahr groß, dass er aufgrund der Selbstverurteilung depressiv, antriebslos oder resignativ wird, sich von der Umgebung zurückzieht und eventuell in eine Isolation gerät.
- ✓ Die andere Möglichkeit ist, die Tatsache der Erkrankung nicht zu akzeptieren. Dann beginnt er einen Teil der Realität auszublenden. Möglicherweise hält er sich für gesund und die Umgebung für krank. Er ist dann eventuell nicht in der Lage sich Hilfe zu holen, wird eine medikamentöse Unterstützung ablehnen und Frühwarnzeichen verleugnen.

Beide Reaktionsweisen sind für den Betroffenen und sein Umfeld schädlich. Depressiver Rückzug oder ein geringes Krankheitsbewußtsein sind nicht zwangsläufig Folgen einer endogenen Krankheitsdynamik, wie dies leichtfertigerweise die klassische Psychiatrie behauptet. Sie können eben auch Folgen einer geringen Akzeptanz der Krankheitserfahrung sein.

Wie es einem betroffenen Menschen gelingen kann, seine psychische Erkrankung anzunehmen, sich in gewisser Weise mit ihr zu versöhnen, damit hat sich die psychiatrische Wissenschaft bisher kaum beschäftigt, wohl aber Betroffenenvertreter, denen dieses Thema ein zentrales Anliegen ist. Die amerikanische Selbsthilfevertreterin Patricia Deegan beschreibt das Annehmen der eigenen Erkrankung als eine Reise ins Herz (Deegan, 1996). Für sie besteht das Ziel eines Gesundungsweges nicht darin möglichst normal zu werden, sondern dass sich der betroffene Mensch mit seinen Eigenarten entfalten kann. Zum Annehmen können gehört daher als ein wichtiger Schritt, das Ziel aufzugeben, möglichst normal zu sein. Eine Erkrankung anzunehmen bedeutet nicht, sich einzureden, dass sie irgendwie gut für die betroffene Person ist. Fast alle betroffenen Menschen wünschen sich, dass sie nicht mehr psychisch krank sind und dieser Wunsch ist wichtig um Veränderungsprozesse überhaupt zu ermöglichen. Annehmen bedeutet vielmehr, sich nicht als Person dafür zu verurteilen, dass man diese Erkrankung hat. Es ist eine Haltung von: „Ich weiß, dass ich anfällig für psychische Krisen bin, aber ich verurteile mich nicht dafür. Ich bin genauso viel wert wie andere Menschen auch.“ Eine solche

Haltung zu gewinnen, kann sehr schwer sein. Wem das gelingt, der kann stolz auf sich sein und verdient den Respekt seiner Umgebung dafür.

Um uns selber annehmen zu können, ist eine Umgebung hilfreich, die uns annehmen kann wie wir sind. Es gilt: „Wenn andere mich so annehmen wie ich bin, dann ist es für mich viel leichter, mich selber so anzunehmen wie ich bin.“ Und umgekehrt gilt natürlich: „Wenn andere mich nicht annehmen wie ich bin, dann kann ich mich selber auch schwerer annehmen.“

Selbst- und Fremdstigmatisierung

Selbststigmatisierung ist die negative Beurteilung der eigenen Person aufgrund einer bestimmten Eigenschaft, etwa einer psychischen Erkrankung. Kommt diese negative Beurteilung von Außen so sprechen wir von Fremdstigmatisierung. Bisher habe ich dargestellt, wie Selbststigmatisierung entsteht. Sie ist die in die eigene Person genommene Form der Fremdstigmatisierung, insofern ist Fremdstigmatisierung immer zuerst da und wird dann sekundär zur Selbststigmatisierung. Daher liegt es nahe zu glauben, man müsse lediglich die Fremdstigmatisierung bekämpfen, wenn man etwas für psychisch kranke Menschen tun möchte. Für den einzelnen Betroffenen verhält es sich aber genau umgekehrt: Fremdstigmatisierung wirkt nur, wenn sich der betroffene Mensch selber auch stigmatisiert, andernfalls lassen ihn die Zuschreibungen der Umgebung relativ unberührt. Es gibt in unserer Gesellschaft auch Gruppen, die zwar von aussen stigmatisiert werden, sich aber selber nicht stigmatisieren und daher gegenüber der Fremdstigmatisierung relativ immun sind. Dies gilt beispielsweise für Mitglieder sogenannter Sekten oder für grosse Teile der Schwulen- und Lesbenbewegung. Ob sich jemand selber stigmatisiert, scheint von zwei Faktoren abzuhängen (Corrigan und Watson, 2002). Zum einen muss sich der Betroffene mit der stigmatisierten Gruppe identifizieren („Die reden schlecht über schizophrene Menschen. Ich hab auch die Diagnose, also meinen die auch mich.“). Zum anderen muss er die stigmatisierenden Einschätzungen für berechtigt halten, er muss also selber auch von ihrem Wahrheitsgehalt überzeugt sein („Na klar kann man schizophrenen Menschen nichts zutrauen.“). Nur wer von diesen beiden Annahmen überzeugt ist, wird sich selber stigmatisieren. Alle anderen verhalten sich entweder indifferent gegenüber Stigmatisierungen („Ist mir doch egal was die über Schizophrene sagen, ich gehör ja nicht dazu.“) oder sind über die Stigmatisierung empört („Das stimmt doch gar nicht, was sie da über psychisch Kranke sagen.“).

Studien zeigen (Schöny et al., 2004), dass die Stigmatisierungstendenz Betroffener anderen Betroffenen gegenüber nicht geringer ist als beispielsweise die von Medizinstudenten gegenüber psychisch Kranken. Damit ist die Gefahr der Selbststigmatisierung sehr groß.

Zum Abbau von Fremdstigmatisierung wurde bereits vor Jahren die Antistigmakampagne initiiert, die vor allem das Ziel hat, Stigmatisierungstendenzen in der Bevölkerung abzubauen. Einem im Jahr 2005 lebenden psychiatriee erfahrenen Menschen ist mit der gegenwärtigen Antistigmakampagne aber kaum geholfen. Für ihn ist nur wichtig, wie er hier und jetzt die Selbststigmatisierung abbauen und sich gegenüber der Fremdstigmatisierung behaupten kann. Eine wahre und ernst gemeinte Antistigmakampagne darf sich daher nicht nur mit dem generellen Abbau der Fremdstigmatisierung beschäftigen, sondern muss den betroffenen Menschen Hilfen anbieten, um einerseits ihre Selbststigmatisierung zu überwinden und sich andererseits gegenüber Fremdstigmatisierung zu behaupten (Finzen, 2001). Ich will nicht mißverstanden werden: Aufklärungsarbeit in Form der offiziellen Antistigmakampagne oder der Antistigmakampagne von unten ist sehr wichtig. Bisher ist nur vollkommen unklar, wie leicht oder schwer es sein wird, etwas gegen die Stigmatisierungstendenzen in der Bevölkerung zu machen. Es darf angenommen werden, dass es ein hartes Stück Arbeit mit offenem Ausgang sein wird. Ausserdem gibt es Hinweise darauf, dass sich Stigmatisierungstendenzen gegenwärtig gar nicht reduzieren, sondern noch verstärken. Auch können störungsbezogene Antistigmakampagnen, wie die gegenwärtige Kampagne zur Schizophrenie dazu führen, dass die gesellschaftliche Stigmatisierungstendenz zu anderen Betroffenenengruppen „wandert“ (Knuf et al., 2003).

Selbststigmatisierungen überwinden

Die Selbststigmatisierung zu überwinden ist für die meisten betroffenen Menschen eine lebenslange Aufgabe, die nie abgeschlossen ist. Vielmehr ist es ein ständiges Ringen um Abgrenzung von den negativen Überzeugungen, mit immer neuen Herausforderungen während und nach erneuten Krisen. Da Stereotype und Vorurteile tief verankert sind, können sie nicht einfach als falsch erkannt und abgelegt werden. Natürlich weiß ein langjährig depressionserfahrener Mensch, dass er aus seinem Loch nicht einfach herauskommen kann, indem er sich mehr

anstrengt. Trotzdem plagt ihn womöglich die Überzeugung, er tue nicht genug für seine Gesundheit, sei „faul“.

In und nach einer Krise kann das Selbstwertgefühl eines betroffenen Menschen sehr reduziert sein oder sich sogar ins Gegenteil verkehren. Das ist dann der Nährboden für Selbststigmatisierung. Selbststigmatisierung funktioniert nur, wenn ich selber als betroffener Mensch auch an sie glaube. Um Selbststigmatisierungen zu reduzieren ist daher alles gut, was diesen Nährboden beseitigt. Dazu sind Erfahrungen nötig, die den Selbstwert und das Selbstvertrauen heben. In der Regel sind es positive Erfahrungen im beruflichen Bereich oder im Freundeskreis, die das Selbstwertgefühl heben. Leider haben viele betroffene Menschen nur sehr eingeschränkt die Möglichkeit, in diesen Bereichen positive Erfahrungen zu sammeln. Für viele Betroffene sind Kontakte zu anderen Betroffenen in solchen Zeiten besonders wichtig. Dort haben sie eher das Gefühl, sich nicht verstecken zu müssen, dort fühlen sie sich in ihrem Leiden verstanden und haben das Gefühl, dass die anderen auch die kleinen oder kleinsten Schritte würdigen können, da sie selbst bereits ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

Begleitend ist hilfreich, den Mechanismus der Selbststigmatisierung und ihre Wirkung zu durchschauen. Diese Form der Selbstreflektion kann in Selbsthilfegruppen, im Rahmen von Psychotherapie oder manchmal auch allein geschehen. Wichtige Fragen dabei sind: Welche Sätze sagt mir der „innere Kritiker“? Welchen dieser Abwertungen gehe ich auf den Leim? Was bewirkt das in mir? Was kann ich diesen Sätzen entgegenhalten? Bei dieser konkreten Auseinandersetzung mit der Selbststigmatisierung können Betroffene Hilfe durch professionell Tätige gebrauchen, beispielsweise im Rahmen einer Psychotherapie. Vor allem Menschen mit schweren psychischen Erkrankung wie etwa Psychosen darf daher keine Psychotherapie vorenthalten werden, wie dies gegenwärtig oft der Fall ist. Hilfreich sind auch alltagsnahe Gespräche wenn sie Offenheit für den Verlust des Selbstwertes mitbringen. Klienten dürfen nicht mit einem leichtfertigen „Sie brauchen sich doch nicht zu schämen, sie waren doch krank,“ oder „Sie dürfen nicht immer so negativ über sich reden“ abgefertigt werden. Sie brauchen Raum für ein Gespräch über fehlendes Selbstwertgefühl, Abwertungen und Angst vor der Stigmatisierung durch andere. Dazu gehört auch anzuerkennen, wie schwer es ist, die psychische Erkrankung zu akzeptieren. Mit einem „Sie müssen sich mit ihrer Krankheit

annehmen“ ist niemandem geholfen. Wenn das so leicht wäre, würde es ja jeder sofort tun.

Eine Aufarbeitung von Selbststigmatisierungstendenzen sowie Hilfen zur Selbstbehauptung bei Fremdstigmatisierung kann auch in professionellen Gruppenprogrammen geschehen. Gegenwärtig kenne ich aber nur ein psychoedukatives Gruppenprogramm, in dem das Thema Stigmatisierung überhaupt aufgegriffen wird (Amering et al. 2002). Alle anderen Programme bieten keinerlei Hilfe bei der Auseinandersetzung mit diesem schwierigen Thema an.

Die klassische Psychiatrie hat sich bisher kaum mit der Frage beschäftigt, welche Bedeutung es für den Krankheitsverlauf hat, ob ein Mensch seine psychische Erkrankung annehmen kann oder nicht. Dementsprechend erhalten Betroffene gegenwärtig kaum Unterstützung dabei, sich positiv mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Das ist aber dringend notwendig und sollte eine zentrale Aufgabe jeder psychiatrischen Behandlung sein. Beispielsweise bedarf es von professioneller Seite mehr Sensibilität dafür, wie schambesetzt die psychische Erkrankung und die Psychiatrieerfahrung für viele betroffene Menschen ist. Oder betroffene Menschen brauchen Hilfe beim Trauern über vergangene Möglichkeiten oder aktuelle Einschränkungen. Andernfalls besteht die Gefahr, dass jemand gefangen bleibt in einem ständigen Vergleich mit sich selber vor der Erkrankung („Damals war ich glücklich, heute geht es mir so schlecht.“) oder in einem ständigen Vergleich mit anderen Menschen. Sich selber zu akzeptieren fällt leichter, wenn betroffene Menschen ihre eigene Stärken und Fähigkeiten wahrnehmen. So ist es möglich zu verstehen, dass die Erkrankung nur ein Teil der Person ist, die ganze Person aber besteht auch aus Fähigkeiten und nicht nur aus Krankheit. Weiter ist es wichtig, dem betroffenen Menschen ein Gefühl von realistischer Hoffnung für eine positive Veränderung zu vermitteln. Mit Hoffnung auf Veränderung ist es viel leichter, den gegenwärtigen Zustand so anzunehmen wie er ist. Die Psychiatrie muss daher ihren Blick vermehrt auf Ressourcen statt auf Defizite richten und darf den Blick für einen positiven Krankheitsverlauf nie aus den Augen verlieren (Knuf, 2004).

Betroffene können sich nur dann mit ihrer psychischen Erkrankung annehmen, wenn auch ihre Umgebung das tut. Fachpersonen und Angehörige müssen wissen, wie wichtig es für betroffene Menschen ist, ob sie sich trotz ihrer psychischen Erkrankung angenommen fühlen oder nicht. Gefühle wie Wertschätzung und Respekt sind für

betroffene Menschen sehr wichtig, um sich selber mit ihrer Erkrankung besser annehmen zu können. Viele Betroffene beklagen, dass sie sich im psychiatrischen Umfeld, vor allem in psychiatrischen Kliniken häufig nicht angenommen fühlen. Sie beklagen, dass sie auf Psychopathologie reduziert werden und jede ihrer Verhaltensweisen sehr kritisch daraufhin untersucht wird, ob es sich um Anzeichen für eine psychische Erkrankung handeln könnte. Leider beteiligen wir Fachleute uns heute auch an der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen, ja wir sind mit einer solchen Haltung oft die Vorreiter der Stigmatisierung. Untersuchungen zeigen, dass sich Betroffenen und Angehörige massiv durch Verhaltensweisen von Fachleuten stigmatisiert fühlen (Schulze & Angermeyer, 2002). Aus diesem Grunde wollen sich namhafte Vertreter der offiziellen Antistigmakampagne in Zukunft schwerpunktmässig damit beschäftigen, die Stigmatisierungsneigung von Fachpersonen zu reduzieren (Gaebel, Möller & Rössler, 2004). Ich kenne viele psychiatrisch diagnostizierte Menschen, die als Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte oder Sozialarbeiter im Psychiatriebereich tätig sind, sich aber aufgrund der befürchteten Stigmatisierung ihrer eigenen Kollegen nicht zu einem Outing entscheiden können. Wenn sich diese Menschen trauen würden, sich ihren Kollegen gegenüber zu outen, wäre das ein deutliches Zeichen dafür, dass die Psychiatrie ihre Neigung zur Stigmatisierung reduziert hätte. Wir Fachpersonen brauchen daher mehr Sensibilität dafür, wo wir psychisch kranke Menschen abwerten oder nicht annehmen können und aus welchen Gründen wir das tun.

Literatur

Amering, M., Sibitz, I., Gössler, R. & Katschnig, H. (2002). Wissen-genießen-besser eben. Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Corrigan, P.W. & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma und mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practise*, 9, 35-53.

Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 91-98.

Finzen, A. (2001). *Psychose und Stigma*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Gaebel, W., H.-J. Möller und Rössler, W. (Hrsg.) (2004). Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Knuf, A., Tilly, C., Behrend, F., Parlow, T. (2003). Borderliner: Experten in eigener Sache. Soziale Psychiatrie 2/2003, S. 30-32.

Knuf, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. Soziale Psychiatrie 1/2004.

Schöny, W., De Col, C., Grausgruber, A. und Meise, U. (2004). Die österreichische Antistigmakampagne. In: Gaebel, W., H.-J. Möller und Rössler, W. (Hrsg.). Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. (S.265-285), Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Schulze, B. & Angermeyer, M.C. (2002). Persepektivenwechsel: Stigma aus der Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und von Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. Neuropsychiatrie, 56, 299-312.

Spaniol, LeRoy & Gagne, Cheryl (1997). Acceptance: Some Reflections. Psychiatric Rehabilitation Journal, 20, 75-77.
