

Alternativen zur Psychiatrie – funktionierend und kostensparend

Peter Lehmann

Am 12. Mai 2011 hielt ich im Melina-Mercouri-Kulturzentrum als Abschluss einer dreitägigen Schulung eines gemeindenahen Psychiatrieträgers zum Thema „Absetzen von Psychopharmaka“ nachstehenden Vortrag. Angesichts der Finanzkrise in Griechenland stellte ich schwerpunktmäßig Alternativen dar, die der normalen Psychiatrie nachgewiesenermaßen auch in finanzieller Hinsicht überlegen sind.

Da es eine Rede war, nannte ich die Quellen nur jeweils zu Beginn der Darstellung der einzelnen Alternativprojekte. Zum Teil handelt es sich um die wörtliche Wiedergabe ganzer Abschnitte aus den zitierten Artikeln.

Was kann ich tun, wenn ich verrückt werde? Wo finde ich vertrauenswürdige Hilfe für einen Angehörigen oder eine Freundin in Not? Wie schütze ich mich vor Zwangsbehandlung? Was soll ich tun, wenn ich es nicht mehr ertrage, in der Psychiatrie weiterzuarbeiten? Welche funktionierenden Alternativen zur Psychiatrie gibt es? Das sind die Fragen, mit denen ich seit über drei Jahrzehnten konfrontiert bin.

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung haben eine um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte Lebenserwartung. Grund ist die toxische Wirkung der Psychopharmaka und die schlechte ökonomische Situation psychiatrischer „Patienten“. Von unabhängigen Betroffenen durchgeführte oder mitorganisierte Studien bestätigten die Diskriminierung. Ein Beispiel ist die europäische Studie „Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen“ (2001-2005). Diese multinationale Studie fand im Auftrag der Europäischen Kommission statt. Verbände von Psychiatriebetroffenen, Psychiatrie- und Angehörigenverbände befragten psychiatrisch Tätige, Angehörige und Betroffene. Beteiligte waren Verbände aus Großbritannien, Österreich, Deutschland (BPE), Spanien und den Niederlanden, außerdem ein belgisches Forschungsinstitut. Ergebnis war: Psychiatriebetroffene werden im medizinischen Bereich und in der Psychiatrie systematisch diskriminiert [1].

Nicht anders ist die Situation in Griechenland. Im September 2010 fand in Thessaloniki der Kongress „Wir bestimmen unsere Zukunft selbst – Psychiatriebetroffene auf dem Weg“. Er war organisiert unter anderem vom Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (www.enusp.org) und dem griechischen Betroffenenverband. Dieser hatte sein Fazit zur Situ-

ation der Betroffenen in Griechenland mit einem Zitat Franco Basaglias auf den Punkt gebracht: „Der psychisch Kranke ist eine Person ohne Rechte, man kann sie behandeln wie man will.“

Über die Risiken und Schäden psychiatrischer Psychopharmaka lässt man die Betroffenen im Unklaren, auch über deren oft suizidale Wirkung, ebenso über die Abhängigkeit, die alle diese Substanzen produzieren können. Um die „Alternativlosigkeit“ psychopharmakologischer Behandlung schwerer psychischer Krisen aufrechtzuerhalten, ignoriert man institutionelle Alternativen. Dabei würden Ansätze wie Soteria, Diabasis, Krisenherberge oder der Offene Dialog Gewalt und Psychopharmaka-verschreibungen reduzieren und vermeiden. Krisen könnten nachhaltig bewältigt werden. Notwendig wären selbstverständlich auch Selbsthilfe sowie strukturelle Maßnahmen, insbesondere die Verbesserung der Rechtssituation Psychiatriebetroffener, beispielsweise durch Vorausverfügungen oder die Umsetzung der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung, die Einbeziehung von Betroffenen in Forschung und Lehre u.v.m.

1. Alternative Modelle institutionalisierter Unterstützung

Funktionierende Alternativen zur Psychiatrie sind dargestellt in dem Buch „Statt Psychiatrie 2“, das ich

2007 gemeinsam mit Peter Stastny herausgegeben habe [2]. Dieser ist Gründungsmitglied des Internationalen Netzwerk für Alternativen und Recovery (www.intar.org). In diesem Netzwerk haben sich die weltweit bedeutsamsten Alternativprojekte zusammengeschlossen.

Soteria

Was bedeutet Soteria? Der Name Soteria kommt aus dem Griechischen und ist benannt nach der Göttin der Rettung. Soteria war ursprünglich ein US-amerikanisches Projekt im kalifornischen San José, gegründet von dem Psychiater Loren Mosher, einem Schüler von Ronald D. Laing. Hier setzten Professionelle Nichtprofessionelle, sogenannte Laien, für die Unterstützung sogenannter Schizophrener ein. Gegründet wurde Soteria 1971, repliziert unter dem Namen „Emanon“ (bedeutet rückwärts gelesen „no name“, d.h. „kein Name“) von 1974 bis 1980, eingestellt schließlich 1983.

Das Soteria-Projekt, so der Bericht [3] in „Statt Psychiatrie 2“, aus dem die folgenden Informationen und Zitate entnommen sind, wurde unter anderem deshalb eingerichtet, weil man gemerkt hatte, dass selbst gut ausgestattete Anstalten mit fortschrittlichem Anspruch aufgrund ihres institutionellen Charakters meist eine positive Beziehung zwischen den Betroffenen und ihren Behandlern verhindern. Hindernisse wurden im

medizinischen Krankheitsmodell gesehen, in der Größe und Struktur der Institution und der neuroleptischen Behandlung. In einem Forschungsprojekt sollte die Wirkung und die Erfolge von Soteria wissenschaftlich überprüft werden. Hierzu stellten die Forscher zwei Gruppen zusammen. Die Betroffenen, die im Soteria-Haus lebten, bildeten die Experimentalgruppe. Die Betroffenen, die in einer Psychiatrischen Anstalt einer normalen Behandlung unterzogen wurden, galten als Kontrollgruppe. Die Wahl von Nichtprofessionellen als Betreuer begründeten die Initiatoren damit, dass sie noch nicht von psychiatischer Ideologie verdrorben sind und deshalb tendenziell freier, spontaner und authentischer auf das reagieren, was manche eine „psychotische Reaktion“ nennen. Eingestellt wurden schließlich Bewerber, welche die größte Fähigkeit besaßen, verrücktes Erleben und Handeln zu verstehen. Und die in der Lage waren, eine konstante, beruhigende Anwesenheit herzustellen, ohne zudringlich, fordernd oder störend zu sein.

Im Unterschied zum medizinischen Krankheitsmodell wurden als „psychotisch“ bezeichnete Erfahrungen und Verhaltensweisen als verstehbar angesehen, nämlich als Extreme grundlegender menschlicher Eigenschaften und als potenzieller Ausdruck einer eventuell vorhandenen Lebenskrise. Die Funktion und Aufgabe der Betreuer lag nicht darin, die Betroffenen zu behandeln oder zu heilen, sondern darin, für diese da zu sein.

Psychopharmaka, speziell Neuroleptika, wurden wegen ihrer Auswirkungen als problematisch für eine langfristige Rehabilitation angesehen und sehr selten vergeben. Wenn sie verschrieben wurden, blieben sie unter Kontrolle der Betroffenen. Mosher schrieb:

„Wir verwenden Medikamente selten, und wenn sie verordnet werden, bleiben sie in erster Linie unter Kontrolle des jeweiligen Bewohners. (...) Nach einer Probezeit von zwei Wochen entscheidet er, ob die Medikation fortgesetzt wird oder nicht.“

Beim Vergleich der Soteria-Bewohner mit denen der Kontrollgruppe, die allesamt Neuroleptika erhalten hatten, zeigte sich hinsichtlich der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld eine Überlegenheit der Gruppe, die im Soteria-Haus gelebt hatte: Der Gebrauch von Psychopharmaka war ihr auch noch nach zwei Jahren sehr gering. Das Ausmaß an persönlicher Entwicklung war größer. Persönliche Entwicklung war dadurch definiert, dass Betroffene folgende Bedingungen erfüllten, wozu sie vorher tendenziell nicht in der Lage waren:

- regelmäßige Arbeit über einen gewissen Zeitraum
- erfolgreicher Schulbesuch bzw. -abschluss
- Verlassen des Elternhauses, selbstständiges Wohnen
- befriedigende sexuelle Beziehung.

Die Kosten pro Person waren bei beiden Gruppen fast gleich hoch. Dafür lag die Anzahl der Wiedereinweisungen in eine Psychiatrische Anstalt bei der Soteria-Gruppe etwas niedriger.

Diabasis

Diabasis war ein Modell einer veränderten Akutpsychiatriepraxis in San Francisco. Der von C. G. Jung beeinflusste Psychiater John Perry hatte ebenfalls in den 70er Jahren ein Wohnprojekt für Menschen mit sogenannten akuten Psychosen gegründet. Das Wort „Diabasis“ stammt wiederum aus dem Griechischen, bedeutet „Übergang“ und bezieht sich wohl auf die Chance der Persönlichkeitsentwicklung, die Verrücktheitzustände und andere Krisen in sich bergen.

Über sein Projekt berichtete Perry 1977 in Rom beim 7. Kongress der Internationalen Vereinigung für Analytische Psychologie:

„An allererster Stelle steht die Einstellung der Mitarbeiter zu psychotischen Zuständen. Wir hatten quasiprofessionelle Berater ohne Psychopathologie-Ausbildung. Ihr übereinstimmender Standpunkt war, dass sich die psychiatrische Etikettierung zerstörerisch auf die Klienten auswirkt. Weil dadurch deren Erfahrungen und Wesensarten abgewertet werden. Aus diesem Grund vertraten die Mitarbeiter die strikte Grundregel: Nicht etikettieren. Ihre allgemeine Haltung zeigte sich aus durch Anteilnahme, Ermutigung, Unterstützung und Zuneigung. Die Atmosphäre im Haus war warm, stützend, offen und frei für den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit. (...) Wir vergaben keine Psychopharmaka. Wir hatten hohe Erwartungen, aber trotzdem waren wir über die Ergebnisse erstaunt. Die bemerkenswerteste Erfahrung war die Schnelligkeit, mit der diese Menschen von ihren psychotischen Zuständen herunterkamen: Die meisten kehrten zu einem zusammenhängenden, rationalen Bewusstseinszustand innerhalb von 1-5 Tagen zurück. Die längste Rückkehr dauerte 9 Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptomfreiheit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen.“ [4]

Ich traf Perry beim Weltkongress für Sozialpsychiatrie 1994 in Hamburg, wo ich einen Bücherstand hatte. Er kam empört auf mich zu und beschwerte sich, niemand würde sich für seine Erfahrungen interessieren. Ich konnte ihn beruhigen. Uta Wehde hatte sich 1991 in ihrem Buch über die holländischen Weglaufhäuser auch mit Soteria und Diabasis beschäftigt [5]. Diese Ansätze flossen dann eben-

falls in die Praxis des Weglaufhauses in Berlin ein. Kerstin Kempker, die es mit aufgebaut hatte, schrieb 1998:

„Ohne die niederländischen Weglaufhäuser und Uta Wehdes intensive Beschäftigung mit deren Konzept und Praxis gäbe es das Berliner Weglaufhaus nicht. Ohne die Antipsychiatrie Anfang der 70er Jahre, Laings Kingsley Hall und dessen Kinder Soteria, Emanon und Diabasis fehlte uns und anderen der Nachweis, dass die Nichtanwendung psychiatrischer Praktiken und statt dessen das Leben in einer wachen, gleichberechtigten und wärmenden Gemeinschaft am hilfreichsten ist.“ [6]

Krisenherberge

Die Krisenherberge war eine betroffenendefinierte Alternative zur stationären Psychiatrie. Darüber berichteten Jeanne Dumont, eine promovierte psychiatriebetroffene Forscherin, und die Ökonomin Kristine Jones in „Statt Psychiatrie 2“ [7]. Hauptziel der Krisenherberge, so die beiden Frauen, war es, einen Ort in Tompkins County im Bundesstaat New York bereitzustellen, wohin Menschen sich zurückziehen konnten, die einen Psychiatrieaufenthalt für nötig hielten und/oder das Risiko einer Unterbringung fürchteten. Von 1994 bis 1996 arbeiteten hier Menschen mit einschlägigen Erfahrungen. Die Planung, an der Psychiatriebetroffene wirksam beteiligt waren, hatte mehrere Jahre gedauert. Finanziert wurde das Projekt von einem gemeinnützigen psychosozialen Verein im Tompkins County.

Das Programm der Krisenherberge bestand aus zwei Komponenten. Zum einen dem Angebot von vorsorglicher Krisenplanung und Training zur Krisenbewältigung, verbunden mit Unterstützung in einer Beratungsstelle. Zum anderen einer Unterkunft für Leute, die auf Grundlage eigener Einschätzung diese benötigten, weil sie



Uta Wehde und Peter Lehmann

sich in Gefahr wöhnten, psychiatrisch untergebracht zu werden.

Die Krisenherberge unterschied sich von konventionellen Krisendiensten durch die Einbeziehung von Betroffenen, das zwangsfreie nichtmedizinische Modell, die eigene Definition von Bedürfnissen und die gegenseitige Unterstützung als Basis.

Bei der Auswertung der Resultate lagen die Daten von 265 Leuten zu grunde, über deren Aufnahme in die Krisenherberge per Zufallsauswahl entschieden worden war. Alle Teilnehmer an der Studie hatten Diagnosen nach dem psychiatrischen Diagnosenfibel „DSM-III R“. Sie hatten beträchtliche Psychiatrieaufenthalte hinter sich, die Mehrheit war vier Mal oder häufiger eingewiesen worden.

Die Personen der Testgruppe hatten Zugang zu allen Angeboten der Krisenherberge. Dies betraf Krisenunterstützung, längerfristige Workshops, Beratung durch andere Betroffene, Rechtsberatung, Zugang zu einem Raum zum Toben oder Entspannen und zur Übernachtung. Die Kontrollgruppe konnte keine Angebote der Krisenherberge in Anspruch nehmen. Ansonsten wiesen die Mitglieder der beiden Gruppen keine grundsätzlichen Unterschiede auf.

Die Auswertung der Berichte der Testgruppe überraschen wenig. Die Krisenherberge leistete zeitnahere und hilfreichere Krisenhilfe – mit sachkundigerem Personal, das die Rechte der Betroffenen mehr respektierte als die üblichen Krisendienste. Die Testgruppe erlebte eine stärkere Unterstützung bei der Gesundung und Selbsthilfe als die Kontrollgruppe. Insgesamt war in der Testgruppe die Zufriedenheit mit den Angeboten höher.

Klienten der Krisenherberge zeigten größere Fortschritte bei der Gesundung, Selbstermächtigung und Zufriedenheit. Sofern es überhaupt zu Ausfällen im Arbeitsleben kam, waren diese geringer. Anstaltsaufenthalte waren im Schnitt seltener und kürzer. Kosten für Krisendienste und die Gesamtkosten für psychiatrische Dienste waren für die Testgruppe niedriger als für die Kontrollgruppe.

Wenn man sowohl die Krisendienste wie auch die psychiatrischen Gemeindedienste und die Programme für betreutes Wohnen zusammenrechnet, hatte die Testgruppe weit niedrigere Behandlungskosten. Die durchschnittlichen Kosten für diese erweiterten Arten von Dienstleistungen lagen bei \$ 9088, die der Kontrollgruppe bei \$ 13919. Dies bedeutet eine Kostensparnis von durchschnittlich \$ 4831 pro Person in nur einem Jahr.

Offener Dialog

Der Psychiater Yrjö Alanen entwickelte in Südfinnland die sogenannte Bedürfnisangepasste Behandlung, die dem „Offenen Dialog“ zugrunde liegt. Über diesen berichten Jaakko Seikkula und Birgitta Alakare, Psychologe und Psychiaterin, in „Statt Psychiatrie 2“ [8]. Sie nennen notwendige Voraussetzungen für diesen Ansatz der Krisenintervention:

- ein systemisches Psychosenverständnis, das sich auf Beziehungsstörungen der Menschen stützt, nicht aber auf Hirnstörungen
- sofortiges Reagieren vor Ort
- Einbeziehung des sozialen Netzwerks, auch in die Entscheidungen
- Übernahme von Verantwortung
- psychologische Kontinuität
- ein Team mit Mitgliedern aller Berufsgruppen
- Toleranz von Ungewissheit (zu der auch die Enthaltung von Psychopharmaka über Wochen gehört).

Im Gegensatz zum Offenen Dialog, so weiter Seikkula und Alakare, konzentrieren sich krankheitsorientierte Ansätze in der frühen Behandlungsphase auf die Linderung der Symptome durch Psychopharmaka. Für Psychosepatienten sind das für gewöhnlich Neuroleptika. Diese könnten zwar helfen, würden aber gleichzeitig das Risiko bergen, die Selbstheilungskräfte und psychologischen Ressourcen zu schwächen. Neuroleptika stellen ruhig und dämpfen die Psyche, dadurch können sie die psychologische Arbeit behindern. Die Herausforderung sei es, einen Prozess zu schaffen, der die Sicherheit verstärkt und zu persönlicher Arbeit ermutigt. Es sei hilfreich, die regelmäßige Verabreichung von Neuroleptika in mindestens zwei bis drei Treffen vor Beginn zu besprechen.

In einem Vergleich des Behandlungs-

prozesses bei Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen dem Offenen Dialog und der üblichen Behandlung wurden in einer zweijährigen Verlaufsstudie wesentliche Unterschiede festgestellt:

- Die Patienten der Vergleichsgruppe hatten wesentlich längere Klinikaufenthalte (ca. 117 Tage gegenüber nur 14 Tagen in der Gruppe des Offenen Dialogs).
- Alle Patienten in der Vergleichsgruppe nahmen Neuroleptika, verglichen mit nur einem Drittel der Gruppe des Offenen Dialogs.

Beim Vergleich der Resultate scheinen sich Patienten der Gruppe des Offenen Dialogs mit der Diagnose Schizophrenie besser von ihren Krisen zu erholen. Folgende Unterschiede wurden festgestellt:

- 71 % der Patienten in der Vergleichsgruppe hatten gegenüber nur 24 % in der Gruppe des Offenen Dialogs mindestens einen Rückfall.
- Patienten in der Vergleichsgruppe hatten im Vergleich mit der Gruppe des Offenen Dialogs wesentlich mehr bleibende psychotische Symptome. Circa 50 % der Vergleichsgruppe hatten mindestens gelegentlich leichte Symptome, in der Gruppe des Offenen Dialogs nur 17 %.
- Der Beschäftigungsstatus war bei der Gruppe des Offenen Dialogs besser, nur 19 % lebten von Erwerbsunfähigkeitsrente, verglichen mit 57 % in der Vergleichsgruppe.

2. Fazit

Voraussetzung für funktionierende Alternativen zur Psychiatrie oder Ansätze, die den Begriff „Reform“ verdienen, sind:

- kritische Haltung zum Krankheitsbegriff
- Bewusstheit über die schädigen-

den Wirkung von traumatisierender psychiatrischer Gewalt, Neuroleptika und Elektroschocks

- Beachtung der Menschenrechte.

Notwendig ist auch die Aufgabe der Idee, menschliche Schwierigkeiten ließen sich auf die eine oder andere Art als technische Probleme zu verstehen: als Probleme, die man mit modellbasierten Techniken – medizinischen, kognitiven, psychoanalytischen, sozialen – lösen könne.

Der Psychologe und Laing-Schüler David Goldblatt, der in den USA das Burch-House gegründet hatte, auch eine alternative Einrichtung, kritisiert den Glauben vieler seiner Kollegen in die biologische Psychiatrie. 1995 sagt er:

„Viele Experten legen es darauf an, dem armen Patienten weiszumachen, dass sie es sind, die er für seine Heilung braucht. Damit machen wir die Sache eigentlich nur schlimmer. (...) Die Rollenaufteilung, wie sie sich beim Expertentum ergibt, muss aufgegeben werden zugunsten einer Haltung, nach der zwei gleichberechtigte Personen in einer Leidenssituation zusammenkommen, in der eine der Personen sich verloren hat. Zu glauben, man habe die Antwort auf Probleme einer anderen Person oder wisse, was für sie am besten sei, ist gleichfalls eine gefährliche Position. Dies deshalb, weil man unrealistische Erwartungen weckt und dem Therapeuten eine göttähnliche Rolle zuweist und die Illusion nährt, dass er oder sie dem Patienten überlegen sei.“ [9]

Letztlich setzt eine Veränderung zum Positiven voraus, so mein Fazit, die Betroffenen als diejenige Gruppe zu erkennen und anzuerkennen, die ein beträchtliches Wissen und die meisten Informationen darüber haben, welche Formen der Krisenbewältigung sinnvoll sind. Es gibt mehr Betroffene als diejenigen, die momentan in psychiatrischen Einrichtungen einsitzen und

durch Psychopharmaka und Elektroschocks künstlich zu geistig Behinderten gemacht werden. Man sollte diesen schändlichen Tatbestand nicht auch noch als Argument für die Verachtung des Erfahrungswissens Psychiatriebetroffener missbrauchen.

Eine Veränderung setzt die Verschiebung der Machtverhältnisse und Verfügungsgewalt über die finanziellen Ressourcen voraus. Wenn professionell Tätige wirklich an einer Veränderung interessiert sind, müssen sie sich ändern. Sie müssen bereit sein, Informationen über die Schädlichkeit psychiatischer Psychopharmaka zu sammeln und weiterzugeben, auch über deren abhängigmachende Potenziale. Sie müssen Informationen

publik machen über die Möglichkeiten, Psychopharmaka abzusetzen. Sie müssen bereit sein, Macht abzugeben und zwecks Förderung von Selbsthilfe auf finanzielle Pfründe zu verzichten. Und sie sollten Allmachtsphantasien über die Möglichkeit eigener therapeutischer Fähigkeiten reflektieren und ablegen.

Dies ist die eine Seite. Auf der anderen Seite braucht es Psychiatriebetroffene, die danach streben, die Macht über ihr eigenes Leben zurückzugewinnen. Sie sollten sich in der Selbsthilfe engagieren, am Aufbau von Alternativen mitwirken, sich auch international engagieren und angemessene Bündnispartner gegen den psychiatrisch-industriellen Komplex

suchen. Wenn darunter auch kooperationsfähige psychiatrisch Tätige, Angehörige und Freunde Psychiatriebetroffener und sonstige Bürger sind, kann dies den Prozess des Wandels nur befruchten.

Die Abhängigkeit von der Pharmaindustrie nimmt ständig zu. Damit auch die Verordnungszahlen. Und die Kosten und die Schäden für die Betroffenen, ebenso die sozialen und wirtschaftlichen Folgeschäden. Diese tragen in steigendem Ausmaß zur Verschärfung der wirtschaftlichen Krise bei. Eine Investition in Alternativen wäre im Interesse der großen Mehrheit der Menschen. Dass Alternativen hilfreicher sind und zudem kostengünstiger, habe ich versucht aufzuzeigen. Efcharisto.

Quellen

- [1] „Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich. Eine europäische Studie“; im Internet unter www.enusp.org/documents/harassment/empfehlungen.pdf
- [2] Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): „Statt Psychiatrie 2“. Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007
- [3] Volkmar Aderhold / Peter Stastny / Peter Lehmann: „Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung“, in: [2], S. 150-165
- [4] John W. Perry: „Psychosis as visionary state“, in: Ian F. Baker (Hg.): „Methods of treatment in analytical psychology“, Fellbach: Bonz Verlag 1980, S. 194
- [5] Uta Wehde: „Das Weglaufhaus – Zufluchtsort für Psychiatrie Betroffene“, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1991, S. 41-50
- [6] Kerstin Kempker: „Vergleichbare Projekte“, in: dies. (Hg.): „Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus“, Berlin: Antipsychiatrieverlag 1998, S. 66
- [7] Jeanne Dumont / Kristine Jones: „Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie“, in: [2], S. 186-194
- [8] Jaakko Seikkula / Birgitta Alakare: „Offene Dialoge“, in: [2], S. 234-249
- [9] David Goldblatt: „Zwei Wochen des Dabeiseins – Die Integration der Psyche in die Person“, in: Thomas Bock u.a. (Hg.): „Abschied von Babylon“, Bonn: Psychiatrieverlag 1995, S. 229

Kontakt: www.peter-lehmann.de
Copyright 2011 by Peter Lehmann