

# *Sensibilität und Toleranz* **Antistigma-Modul für Medizin-Studierende**

Entwicklung, Erprobung, Erweiterung, Evaluation  
Bewerbung um den Antistigmapreis  
der DGPPN



Thomas Bock, Monika Schöne, Wibke Schuster, Daniel Oehler, Gwen Schulz, Dominik Wechsler, Candelaria Mahlke, Georg Schomerus, Athanasios Soulos, Martina Fieker, Jürgen Gallinat

## **Kurze Darstellung der sich bewerbenden Institutionen / Personen**

Das Antistigmamodul für Medizinstudierende ist das Ergebnis der Zusammenarbeit des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf und des trialogischen gemeinnützigen Vereins Irre menschlich Hamburg – eine ungewöhnliche und produktive Partnerschaft.

**Beteiligte Institutionen:** Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie war nach der Medizinischen Hochschule Hannover die zweite Uniklinik, die 1980 die Regelversorgung eines Stadtgebiets übernahm, war 1989 Geburtsstätte des Psychoseseminars als Keimzelle des Trialogs (Bock u.a. 2017) und beherbergt weitere trialogische Projekte in Versorgung, Lehre, Forschung und Öffentlichkeitsarbeit, 1994 den trialogischen Weltkongress für Soziale Psychiatrie „Abschied von Babylon“ (Bock u.a. 1995) und seit 1998 Irre menschlich Hamburg.

Dieser gemeinnützige Verein ist 1998 aus dem trialogischen Hamburger Psychoseseminar hervorgegangen und gehört zu den Antistigma-Projekten der ersten Stunde. Die trialogische Bearbeitung wechselseitiger Vorurteile (zwischen Betroffenen/Erfahrenen, Angehörigen und Profis) schuf eine gute Basis für die gemeinsamen Anstrengungen zum Abbau öffentlicher Vorurteile. Als trialogische Bürgerinitiative hat der Verein einen reichen Schatz aktiver Mitglieder mit breitem Themenspektrum und großem Aufgabenbereich. Erreicht werden viele Zielgruppen – mit hoher präventiver und politischer Relevanz (s. Übersicht zum Netzwerk Prävention im Anhang, Bock u.a. 2017)

**Beteiligte Personen:** Thomas Bock ist Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychiatrie, war mit Dorothea Buck (Buck 2005) Mitbegründer des Psychoseseminars und vieler trialogischer Projekte – Monika Schöne, Wibke Schuster, Daniel Oehler, Gwen Schulz vereinen eigene Psychiatrie- und Angehörigen-Erfahrung mit ihrer Tätigkeit als Genesungs-/Peer Begleiterin bzw. im Medizinbereich. – Dominik Wechsler evaluierte das Projekt i.R. einer medizinischen Dissertation, Dr. Candelaria Mahlke hat die Evaluation angeleitet und Prof. Georg Schomerus hat sie beraten, Anastasios Soulos unterstützte das Projekt i.R. des Dekanats für Lehre, Martina Fieker als Lehrbeauftragte, Prof. Jürgen Gallinat als Ärztlicher Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

## **Übersicht über bisherige Aktivitäten zum aktuellen Projekt**

- Als wesentliche Elemente des Moduls haben sich Selbsterfahrung, Verständnis, Begegnung und Reflexion bereits in anderen trialogischen Fortbildungen bewährt (Bock u.a. 2015, 2019). Das Modul für Medizinstudierende wurde ausführlich in der Aktivenrunde des Vereins und mit MitarbeiterInnen der Sozialpsychiatrischen Ambulanz diskutiert.
- 2014-2016 erfolgte die erste Anwendung für Studierende des Wahlfachs „Psychosoziale Medizin und Versorgungsforschung“ – mit sehr guter Rückmeldung und der dringenden Empfehlung, alle Medizinstudierenden anzusprechen, also auch jene, die außerhalb der Psychiatrie arbeiten und dort unweigerlich auch auf psychisch erkrankte Menschen stoßen werden.
- 2018 konnte das Modul im Rahmen des pflichtmäßigen Blockpraktikums allen Medizinstudierenden eines Jahrgangs angeboten und randomisiert evaluiert werden.

- 2019 wurde die Evaluation mit sehr guten Ergebnissen (s.u.) erfolgreich abgeschlossen und anschließend veröffentlicht (Wechsler u.a. 2020). Im gleichen Jahr wurde das Modul als fester Bestandteil in die regelhafte Lehre übernommen.
- 2020 wurde aufgrund der Corona-beschränkungen eine online-Version erstellt, die ebenfalls gute Resonanz bekommt, von dem wichtigen Element der Begegnung aber nur eine Ahnung vermitteln kann. Doch sie ist gut geeignet, andere Unikliniken / trialogische Vereine zu animieren, das Modul zu übernehmen.
- Konzeption und Evaluation wurden durch die Nutzerorientierte Wissenschafts-beratung (NoW) unterstützt, die i.R. des Projekts EmPeeRie (Empower Peers to research) entwickelt und inzwischen fest etabliert wurde.

## **Ausführliche Darstellung des Projektes**

### ***Hintergrund und Einleitung:***

Die Angst vor Stigmatisierung und deren Vorwegnahme behindern die Inanspruchnahme von Hilfen und begrenzen die Chancen von Inklusion (Thornicroft u.a. 2006). Das betrifft auch die Allgemeine Medizin (Mai u.a. 2007)! Bei schweren psychischen Störungen haben Vorbehalte in der Bevölkerung trotz vielfältiger Aufklärungskampagnen teilweise sogar zugenommen – verbunden mit einer zunehmenden Dominanz reduktionistischer Erklärungsmodelle (Angermeyer u.a. 2011, Schomerus u.a. 2012/9). Die begrenzte Wirkung allgemeiner Kampagnen (Lincoln et al 2008, Mnich u.a. 2016, Thornicroft u.a. 2016) hat zu der Überlegung geführt, dass zielgruppenspezifische Maßnahmen u.a. mit Peers, Mediatoren und Multiplikatoren zielführender seien und parallel die Förderung der Stigmaresistenz der Betroffenen und Angehörigen mehr Beachtung verdient. Hamburg ist Geburtsort des Trialogs (Austausch und Kooperation von Betroffenen, Angehörigen, Behandlern auf Augenhöhe) (Bock & Priebe 2005, Bock u.a. 2007) was sich vielfältig auf Versorgungskonzepte, Lehre und Psychiatriepolitik und Folgeprojekten wie z.B. die Antistigma-Bewegung von unten („Irre menschlich Hamburg“) (Bock u.a. 2017) und Peerarbeit auswirkt. In diesem Zusammenhang sind Konzepte entstanden, die das Potential haben, der Selbst- und Fremdstigmatisierung entgegenzuwirken. Erste Pilotstudien unterstreichen diese Annahme (Bock u.a. 2015, 2019).

Ausgangspunkt für die Antistigmaarbeit des Vereins waren verschiedene Überlegungen: Wo und wie geschieht Stigmatisierung – in der unaufgeklärten Nachbarschaft, durch undifferenzierte Kollegen oder als „Zuordnung negativ bewerteter Merkmale“ (Finzen 2001) durch die Psychiatrie selbst? Betreibe ich mit meiner Diagnostik ungewollt Stigmatisierung und bin entsprechend verantwortlich für die Sprache, mit der ich die alltagsfremden Begriffe übersetze? - Spiegeln die Vorurteile von heute möglicherweise Fehler der Psychiatrie von gestern? Welches Krankheitsverständnis kann Vorurteile begünstigen oder entkräften, welche Toleranz und Sensibilität fördern? - Wie erleben Betroffene Diskriminierung und Vorurteile auch im Bereich des Gesundheitswesens und speziell in der Psychiatrie? Wie entwickeln Sie Stigma-resistenz? - Wie sieht erfolgreiche Antistigmaarbeit aus, welche notwendigen Voraussetzungen, welche aktuellen Grenzen und welche hoffnungsvollen Visionen gibt es? Wie muss eine Psychiatrie aufgestellt sein, die den Übergang von Lebenskrise zur Erkrankung fließend belässt, das Erlebte nicht unnötig mit fremden Begriffen und Konzepten abspaltet sowie umgekehrt die Aneignung des fremdartig Erlebten fördert? Lassen sich diese Erkenntnisse und Erfahrungen auch auf die Allgemeinmedizin übertragen? Und zuletzt: Können und sollten nicht besonders auch Medizin-Studierende, die nicht in der Psychiatrie arbeiten werden, davon profitieren?

Meta-Analysen (Angermeyer & Schomerus 2012) belegen eindeutig, dass medizinische Erklärungen und Analogien zu somatischen Erkrankungen Ängste und soziale Distanz gegenüber psychisch Erkrankten eher erhöhen als erniedrigen. Ähnliches gilt für das Problem der Selbststigmatisierung. Praktische Erfahrungen in der Antistigmaarbeit vor Ort belegen diese Ergebnisse: Vorurteile lassen sich weniger durch schlaue Texte und professionelle Vorträge als durch individuelle Geschichten und persönliche Begegnung beseitigen. Insofern sind die Bemühungen, der Stigmatisierung entgegenzuwirken, ein gemeinsames Anliegen von Patienten,

Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen und können als gemeinsame Anstrengungen besonders glaubwürdig und überzeugend sein. (Corrigan 2011)

Die Zielgruppe angehender ÄrztInnen erklärt sich wie folgt: Menschen mit psychischer Erkrankung sind Patienten aller Medizinbereiche, mit hoher Wahrscheinlichkeit lange bereits vor der psychiatrischen Diagnosestellung, aber selbstverständlich auch danach. Diese Selbstverständlichkeit bedeutet Inklusion und wird von der Menschenrechtskonvention mit ihrem Antidiskriminierungsgebot und die UN-Behindertenrechtskonvention mit ihrem besonderen Auftrag, individuelle Lebenskonzepte zu unterstützen, gefordert und gefördert. Dennoch machen die beschriebenen Dynamiken von Selbst- und Fremdstigmatisierung vor der Tür des Allgemeinmediziners, Gynäkologen oder Chirurgen nicht halt. Sie haben mit psychisch erkrankten Menschen im doppelten Sinne zu tun: Zuerst und vor allem mit ihren allgemeinen Erkrankungen und ihrem Anspruch vorurteilsfrei behandelt zu werden. Zum anderen aber auch im Zusammenhang mit Folgeerkrankungen und Begleiterscheinungen, die nicht selten auch Folgen der psychiatrischen Behandlung sein können. Solche Situationen können dramatisch oder auch beiläufig sein: Sie reichen von der chirurgischen Versorgung einer Selbstverletzung im Zusammenhang mit Borderline-Störungen, über gynäkologisch relevante Folgen einer schweren Depression bis hin zur (zahn-)ärztlichen Behandlung eines Angstpatienten. Von der Vernachlässigung der Grundbedürfnisse bei akuten Erkrankungen bis zu den gravierenden somatischen Folgen einer Langzeitbehandlung mit Neuroleptika. Kaum ein medizinisches Fach ist ausgenommen. In all diesen Situationen spielt eine große Rolle, welche Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen, welche Vorbehalte und Ängste der betreffende Arzt gegenüber den Patienten hat beziehungsweise ins Positive gewendet, wie selbstverständlich und vorbehaltlos sein/ihr Umgang mit ihnen ist. Schlussendlich können alle möglichen somatischen Symptome natürlich auch völlig ohne Zusammenhang zur psychischen Vorerkrankungen einer Patientin stehen und dem bewusst oder unbewusst wahrgenommene seelische Kontext entsprechend Fehleinschätzungen begünstigen. (Eksteen u.a. 2017)

### **Konzept**

Aus diesen Gründen haben Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Mitglieder des trialogischen Vereins Irre menschlich Hamburg (s.u.) eine Antistigma-Modul entwickelt. Das Modul geht über fünf Stunden. Beteiligt sind ein/e Psychiatrie-MitarbeiterIn und 2-3 Erfahrene/Betroffene, die Erfahrungen mit der Allgemeinen Medizin und mit der Psychiatrie reflektieren können. Entsprechend den Erfahrungswerten der Antistigma-Bewegung werden Selbsterfahrungselemente einbezogen, wird im theoretischen Teil ein fließender Übergang von Gesundheit und Krankheit im Hinblick auf psychische Störungen zugrunde gelegt und wird am Ende auf eine Reflexion berufsrelevanter Haltungen und Informationen wertgelegt. Der Hauptteil dazwischen setzt vor allem auf Begegnung mit Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen/Störungen, die diese im Kontext darstellen und nahebringen können (narrativer Anteil) sowie diskriminierende Erfahrungen im Rahmen der Allgemeinen Medizin bzw. Psychiatrie (diskursiver Anteil) schildern, zugleich aber auch vermitteln können, welche Erfahrungen der Selbst-, Peer- und Fremdhilfe ihnen geholfen haben, Selbst-akzeptanz zu entwickeln.

#### *Elemente des Antistigma-Moduls für Medizin-Studierende*

- **Selbsterfahrung:** Übungen zur eigenen Stigmatisierbarkeit, sowie zur Stigmarelevanz verschiedener Diagnosen (60 Min).
- **Information:** Übersicht zu Quantität und Qualität, Aspekt des fließenden Übergangs zwischen Gesundheit und Krankheit, zum Krankheitsverständnis (30 Min).
- **Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen** (z.B. Ess- und Borderline-Störung sowie Menschen mit Schizophrenie, die Diskriminierung u.a. im Rahmen der Allgemeinen Medizin (!) erlebt haben und trotz z.T. stigmatisierender Behandlung im Gesundheitssektor und der Gesamtgesellschaft zu autonomen Leben gefunden haben (150 Min).
- **Reflexion** berufsrelevanter Haltungen und Informationen; Abschluss-Diskussion zu Sensibilität und Toleranz gg. psychisch Erkrankten im Bereich der Allgemeinen Medizin (60 Min).

- a) Zur Selbsterfahrung gehören i.W. drei Übungen:
- Reflexion des eigenen Stigmopotentials (Welche Eigenschaft könnte anderen Gelegenheit geben?) und vor kurzem erlebter Diskriminierung
  - Reflexion einer hypothetischen, eigenen Einweisung in die Psychiatrie: Welche Diagnose erscheine am wenigsten einschüchternd, welche am schlimmsten und welche wäre wohl am ehesten passend?
  - Gruppenübung zur unterschiedlichen Stigmatisierung verschiedener Diagnosen (evtl. mit Unterscheidung Öffentlichkeit / Medizin)
- b) Information: Maßgeblich ist hier ein Wechsel des Blickwinkels im Unterschied zur klassischen, pathologisierenden Herangehensweise an psychische Andersartigkeit: So können wir uns seelischer Not verschieden nähern: Wir können den Blick vor allem auf die statistische Normabweichung richten (Was ist besonders, anders, fremd?) und die entsprechenden Symptome nach jeweiligen Gemeinsamkeiten ordnen. Ebenso aber auch fragen, welche Phänomene in welcher Abstufung uns allen gemeinsam und zutiefst menschlich sind. Beide Sichtweisen können sich ergänzen; denn nahezu alle Symptome / Besonderheiten sind je nach Perspektive und Ausprägung dysfunktional und funktional, störend und sinnhaft. Aus dieser Perspektive ist die Fähigkeit der Seele, auf Durchzug zu stellen zunächst ein Schutzmechanismus und keine Krankheit. Entscheidend für die Diagnose Depression ist, ob wir mit der Zeit wieder zu unseren Gefühlen zurückfinden oder ob mit dem Verlust des Zeitgefühls die Verzweiflung explodiert. – Rituale können Ängste bändigen, Hypomanien der Depressionen Überanpassung entgegenwirken. – Bestimmte Aspekte der Borderline-Störung erinnern an die Pubertät, bestimmte psychotische Wahrnehmung (z.B. alles auf sich zu beziehen) an weit frühere Wahrnehmungsmuster aus frühkindlicher Entwicklung (Bock 2014, 2016). Wir haben es also mit einem Kontinuum zu tun (Wiesjan u.a. 2016, AG der Psychoseseminaere 2017). Folgendes Zitat ist Inhalt der Einführung und stellt zentrale Gedanken des Infoblocks dar: *„Menschen müssen im Unterscheid zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis/-gefühl ringen. Es gehört zu unseren Möglichkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren. Wer darüber depressiv, manisch oder psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern zutiefst menschlich“* (AG Psychoseseminare 2009, [www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)). - Wenn alle Menschen (unterschiedlich) verletzbar sind, gilt das auch für uns Profis/MitarbeiterInnen – ein Grund mehr, auch milder und offener mit eigenen Krisen umzugehen. Auch äußere Ereignisse, reale Bedrohungen können psychische Krisen mitbedingen. Umso wichtiger ist es, hier auch Gemeinsamkeiten zuzulassen und zu thematisieren.
- c) Der Begegnungsteil hat zunächst einen narrativen Aspekt: Die Studierenden hören von einer psychischen Ausnahmesituation / Erkrankung aus der subjektiven Perspektive im Kontext der Lebenserfahrung. Der / Die psychisch Erkrankte wird als Person, seine Erfahrung wird im Zusammenhang erfahrbare. Darüber hinaus hat die Begegnung zwei Schwerpunkte / Ziele:
- Geschildert werden diskriminierende Erfahrungen im Bereich der allgemeinen Medizin / Gynäkologie / Chirurgie usw.: Die Diagnose begünstigt Fehlannahmen. Bestimmte Fragen werden nicht gestellt usw.
  - Berichtet werden aber auch positive Erfahrungen, in denen es ein Arzt/eine Ärztin schafft bei Nachfragen den richtigen Ton zu treffen.
  - Spürbar wird ein Recovery-Prozess im Sinne eines zunehmend Zu-sich-stehens: Sich nicht mehr auf Symptome reduzieren (lassen). Zu Wort kommen Erfahrene, die inzwischen (als Genesungs-/Peer-BegleiterIn) selbst in der Psychiatrie/Medizin arbeiten (Mahlke u.a. 2014, Utschakowski u.a. 2015)
- d) Reflexion: Rückmeldung zu den einzelnen Elementen des Moduls (z.T. schriftlich), Balance: sich für mögliche psychische Aspekte vorsichtig interessieren, sie aber nicht verabsolutieren, so dass andere Aspekte und Erklärungsmöglichkeiten vernachlässigt werden. Zugleich wird in der Diskussion oft die Frage aufgeworfen, ob die anthropologische Sicht auf den fließenden Übergang nicht erlaubt, auch mit der eigenen Verwundbarkeit und Brüchigkeit milder und transparenter umzugehen.

## **Ziele**

Das Antistigma-Modul für Medizin-Studierende (unabhängig vom Psychiatrie-Schwerpunkt) will künftige Ärzte verschiedener Fachrichtung für die Belange psychisch erkrankter Menschen sensibilisieren und eine Haltung stärken, die den (psychisch erkrankten) Menschen ganzheitlich wahrnimmt und nicht nur als Symptomträger sowie Behandlung in den Kontext von Beziehung/Trialog stellt. Ziel ist auch, möglichen negativen Gefühlen (Berührungsängste, Ärger), stereotypen Wahrnehmungen, Vorbehalte/Vorurteile sowie dem Wunsch nach sozialer Distanz entgegenzuwirken (s. Evaluation). Zugleich sollen die Studierenden / künftigen Mediziner-Innen ermutigt, in der Behandlung / Gesprächsführung mehr Subjekt-Subjekt-Begegnung zuzulassen.

## **Evaluation**

Das Antistigmamodul wurde von Dominik Wechsler i.R. einer medizinischen Dissertation als randomisierte und kontrollierte Studie unter Einbeziehung eines kompletten Semesters evaluiert (Wechsler, Schomerus, Mahlke, & Bock, 2020).

*Titel:* Effects of contact-based, short term anti stigma training for medical students – Results from a randomized controlled trial

*Ziel:* Ziel der Arbeit war, den Erkenntnisstand auszubauen, wie effektive und anhaltende Reduktion von mit psychischer Erkrankung assoziierten Stigmata stattfinden kann. Die Gruppe der MedizinerInnen stellte dazu aufgrund ihrer herausgehobenen Rolle sowohl bei der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung gesellschaftlich verbreiteter Fehleinnahmen, also auch bei deren möglichen Abbau eine wichtige Gruppe dar.

*Fragestellung / Hypothese:* Aufbauend auf der Erfahrung, dass persönlicher Kontakt für Junge Erwachsene am besten hilft Vorurteilen zu reduzieren, wurde ein trialogisch konzipiertes und durchgeführtes Modul evaluiert. Untersucht wurde u.a. ob es gelänge, stereotype Vorstellungen, negative Gefühle und das Bedürfnis nach Sozialer Distanz zu reduzieren

*Methodisches Vorgehen:* Durchgeführt wurde eine randomisierte kontrollierte Untersuchung an der anfallenden Stichprobe von 204 Medizin-Studierenden der Uni Hamburg im 9. Semester mittels einer Prä-Post-Befragung inkl. aktiver Kontrollgruppe (Teilnahme am Stationsalltag im selben Zeitraum). Durchführungszeitraum war zwischen März und August 2018 in zwei Blöcken (April und Juno) mit jeweils vier Modulen á 10-12 Studierenden. Prä-Erhebung zu Beginn des Studienabschnitts, Nacherhebung im Anschluss an das Modul inkl. Kontrollgruppe.

*Messinstrumente:*

- Primary Outcome: MICA 4 –Skala zur Erfassung stigmatisierender Haltungen gegenüber psychischer Erkrankung unter Medizinischem Personal.
- Secondary Outcome: Bedürfnis nach Sozialer Distanz, Zustimmung zu Stereotypen und emotionale Reaktionen

*Ergebnisse:* Nach Auswertung mittels eines Mixed Model of repeated measurements ließen sich signifikante, wünschenswerte Unterschiede für stigmatisierende Ansichten innerhalb medizinischen Fachpersonals (MICA) als Primary Outcome und für das Bedürfnis nach sozialer Distanz und Stereotype im Vergleich zwischen den Gruppen und Messzeitpunkten messen. Ein solcher Effekt war jedoch nicht für die emotionale Reaktionen der Befragten nachweisbar. Alle signifikanten Effekte zeigten sich in post-hoc Analysen als unabhängig von Alter und Geschlecht der Teilnehmer.

## **Perspektiven des Projektes und Bedeutung des Preises**

Das Modul findet viel Anklang. Als nächstes steht die Veröffentlichung in einer Zeitschrift für Lehre/Hochschuldidaktik an. Es gibt diverse InteressentInnen anderer medizinischer Hochschulen/ Fachbereiche, die das Antistigma-Modul übertragen und sich der Evaluation anschließen wollen.

Dazu besteht die gemeinsame Zielsetzung mit anderen Hamburger Hochschulen, das Modul auf andere Studienfächer zu übertragen

- Als erstes könnten Psychologiestudierende in die Evaluation einbezogen werden, für die Verein und Klinik bereits ein vergleichbares Studienkonzept „Klinische Psychologie im Dialog“ entwickelt haben.
- In Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften sollen Studierende der Sozialarbeit / Sozialpädagogik folgen – auch hier bewusst nicht beschränkt auf den Schwerpunkt klinischer Arbeit; denn auch hier gilt, dass Psychisch erkrankte Menschen in allen Berufsfeldern zu finden sind.

Wir möchten medizinische Hochschulen animieren, der Partizipation und dem Dialog in Lehre und Forschung mehr Raum zu geben: In der Lehre hat sich die Übernahme des Antistigmamoduls dazu als guter Anfang erwiesen. Im Bereich der Forschung können wir das Konzept der Nutzerorientierten Wissenschaftsberatung NoW) sehr empfehlen.

## **Veröffentlichungen zu diesem Thema**

- Wechsler D, Schomerus G, Mahlke C, & Bock T (2020). Effects of contact-based, short-term antistigma training for medical students: Results from a randomized controlled trial. *Neuropsychiatr*. doi:10.1007/s40211-020-00337-x
- *Poster- Präsentation DGPPN-Jahrestagung 2019*

### ***Materialien des Vereins Irre menschlich Hamburg, die i.R. des Moduls ausliegen***

- Info-Faltblatt „Irre menschlich Hamburg“
- „Erfahrungsschatz“ – Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung als Lebenslehrer und Genesungshelfer (Portraits in Bild und Wort – Broschüre zur Wanderausstellung)
- Broschüre „Es ist normal verschieden zu sein“
- CD mit Hörfunkspot, Filmspots zu Psychosen, Bipolare Störung, Depression, Ess-Störung (aus Psychnet-Programm)
- Edgar-Karten zu vielen verschiedenen Themen/Diagnosen mit authentischen Aussagen
- Lehrer-Infomappe 'Irre! – Unterrichtsmaterial zum Thema Anderssein, psychischer Erkrankung und seelische Gesundheit“
- Kinderbuch „Die Bettelkönigin“ (Stratenwerth & Bock und Jugendbuch „Pias lebt ... gefährlich“ (Bock & Kemme 2000)

### ***Websites, auf die verwiesen wird***

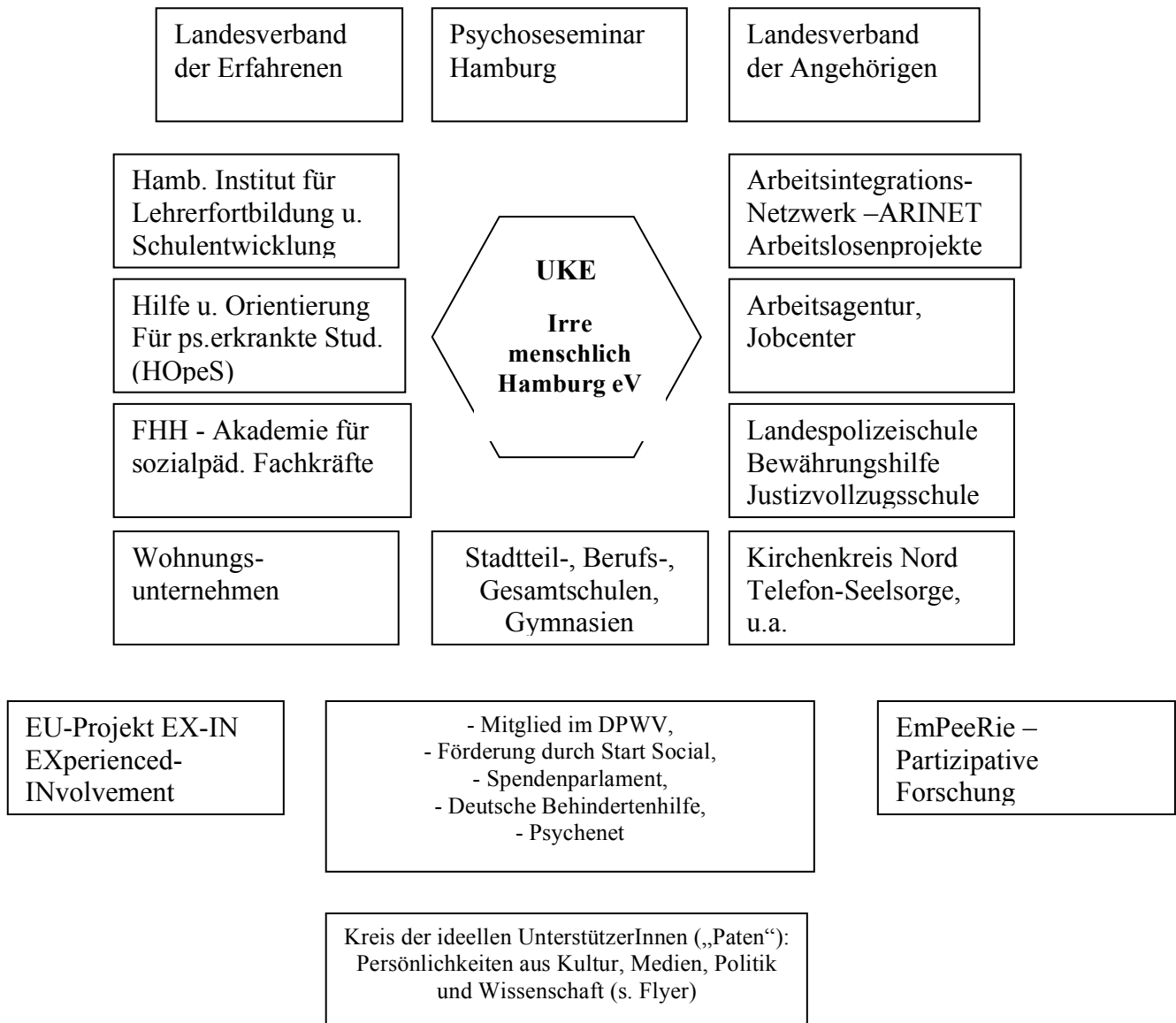
- [www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)
- [www.psychose.de](http://www.psychose.de)
- [www.psychnet.de](http://www.psychnet.de)
- [www.stimmenhoeren.de](http://www.stimmenhoeren.de)

## Im Antrag zitierte Literatur

- Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G, Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *BR J Psychiatry* 2011; 199 (5): 367-372
- Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseinrichtungen (2009) "Es ist normal, verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen" erstellt von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-Profis/Wissenschaftlern, bekannt als "Blaue Broschüre", zu beziehen bei DGSP, BApK, APK, runterzuladen im netz, u.a. über [www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)
- Bock T, Buck D, Esterer, I. (2007); *Stimmenreich*, Psychiatrieverlag
- Bock, T (2012); Krankheitsverständnis – zwischen Stigmatisierung und Empowerment, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 163 (4), S. 138-144
- Bock T (2014) Wird die Menschheit kränker oder die Krankheit menschlicher? (2014), editorial, *Psychiatrische Praxis* 4/2014
- Bock T (2016): »Raum und Psyche – aus sozialpsychiatrischer, anthropologischer, dialogischer Sicht, in: Haslinger B (Hrsg) *Raum und Psyche – ein transdisziplinärer Dialog zu Freiräumen in der Psychiatrie*, Psychosozial Verlag
- Bock T, Kemme G (2000); "Pias lebt ... gefährlich" (Jugendbuch), Psychiatrieverlag – Edition Balance, Bonn
- Bock T, Priebe St (2005); Psychosis-seminars, an unconventional approach for how users, carers and professionals can learn from each other, *psychiatric Services*, Vol. 56, No. 11, 1441-1443
- Bock T, Meyer HJ, Rouhiainen T (2013); *Dialog – eine Herausforderung mit Zukunft*, in: Roessler W u.a. *Handbuch Sozialpsychiatrie*
- Bock T, Schulz G, Sielaff G, Kuby A, Mahlke C (2017); *Overcoming Stigma and Discrimination, „Irre menschlich Hamburg“ – Example of a Bottom-Up Project*, in: *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?*, R.W. Gaebel W, Sartorius N Editor. 2017, Springer International Publishing. p. 469-483.
- Bock T, Niemann S, Dorner D, Makowski A, Fabeck H, Mahlke C, Meyer HJ, Finzen A (2015); Wenn Stigma tödlich wird, kann Fortbildung lebensrettend sein – Zur konstruktiven Wirkung dialogischer Fortbildung bei der Hamburger Polizei, *Psychiatrische Praxis* 5/2015, Jg 42, S. 278-280
- Bock T, Sander K, Franke A, Linsig R, Rudel A, Schulz G, Vahovic V, Heumann K, Was macht die Seele im Knast? Dialogische Fortbildung zum Thema psychischer Gesundheit/ Krankheit für werdende Justizvollzugsbeamte. *Recht und Psychiatrie*, 2019. **37**(1): p. 20-25.
- Buck D (2002); "Lasst euch nicht entmutigen", Anne Fischer Verlag, Norderstedt, Leipziger Universitätsverlag
- Buck D 2005; *Auf der Spur zum Morgenstern*, Paranusverlag Neumünster
- Corrigan P W (2011); Best practices: Strategic stigma change (SSC): five principles for social marketing campaigns to reduce stigma. *Psychiatr Serv*, 62(8), 824-826. doi:10.1176/ps.62.8.pss6208\_0824
- Eksteen HC, Becker PJ, and Lippi G (2017); *Stigmatization towards the mentally ill: Perceptions of psychiatrists, pre-clinical and post-clinical rotation medical students*. *Int J Soc Psychiatry*, 2017. **63**(8): p. 782-791.
- Finzen, A. (2001); *Psychose und Stigma - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen*, Psychiatrie-
- Henderson C, Evans-Lacko S (2013); *Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs*. *Am J Public Health*. 2013 May; **103**(5): 777-780.
- Mahlke C, Krämer U, Becker T, Bock T (2014); *Peer support in mental health services, current opinion* Vol 27, No 4, July 2014
- Mai Q et al., *Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: a population-based longitudinal study*. *BMC medicine*, 2011. **9**: p. 118-118.
- Mnich EE, Makowski AC, Daubmann A, Bock T, Lambert M, Härter M et al. (2015) *Evaluation einer bevölkerungsbezogenen Kampagne zu psychischen Erkrankungen - Erfahrungen aus dem Projekt "psychenet"*. *Psychiatr Prax* 01/2016:3-57.
- Lincoln TM et al., *Can antistigma campaigns be improved? A test of the impact of biogenetic vs psychosocial causal explanations on implicit and explicit attitudes to schizophrenia*. *Schizophr Bull*, 2008. **34**(5): p. 984-94.
- Petkari, E., et al., *The influence of clerkship on students' stigma towards mental illness: a meta-analysis*. *Medical Education*, 2018. **52**(7): p. 694-704.
- Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*, *Acta Psychiatr Scand* 2012;6: 440-452
- Schulz G (2011); *Spuren-Suche, Zu-Trauen, Geduld, Übersetzen, Hoffen – mein Wunsch an Psychotherapie*, in: *Psychosenpsychotherapie im Dialog*, Forum der Psychoanalytischen Psychotherapie Band 26, Vandenhoeck&Ruprecht Verlag, Göttingen
- Stratenwerth I, Bock T (2013); "Die Bettelkönigin" (Kinderbuch), Koreverlag/Psychiatrie-verlag, Bonn
- Thornicroft G., *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. 2006: Oxford University Press.
- Thornicroft G et al., *Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination*. *Lancet*, 2016. **387**(10023): p. 1123-1132.
- Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A (2010); *Experten aus Erfahrung – Peerarbeit in der Psychiatrie*, Psychiatrieverlag 2015
- Wiesjahn M, Jung E, Kremser JD, Rief W, & Lincoln TM (2016); *The potential of continuum versus biogenetic beliefs in reducing stigmatization against persons with schizophrenia: An experimental study*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 231-237.
- Wechsler D, Schomerus G, Mahlke C, & Bock T (2020); *Effects of contact-based, short-term anti-stigma training for medical students : Results from a randomized controlled trial*. *Neuropsychiatr*. doi:10.1007/s40211-020-00337-x

## Anhang

### (1) Netzwerk für Prävention und Antistigmaarbeit von Irre menschlich Hamburg e.V. und Uniklinik Hamburg-Eppendorf (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie)



### (2) Online Version des Antistigma-Moduls - als Notlösung wg. Corona-Beschränkungen und zum Kennenlernen (wird als besprochene Datei zur Verfügung gestellt).

**Kontaktadressen:** Prof Dr. Thomas Bock, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel. 040-74105-3226, e-mail: [bock@uke.de](mailto:bock@uke.de), „Irre menschlich Hamburg“ c/o UKE-Zentrum für Psychosoziale Medizin, Tel. 040-74105-9259, Fax. - 5455, e-mail: [info@irremenschlich.de](mailto:info@irremenschlich.de), [www.irremenschlich.de](http://www.irremenschlich.de)