

Was und wie kann ich hoffen...?

Von Matthias Heißler

Heutzutage fehlt es an Hoffnung, sagt Corinne Pellucion (2). In den sechziger, siebziger Jahren hatten wir die Hoffnung, dass sich etwas in der Psychiatrie zum Besseren verändern lässt. Ausgehend von den Träumen weniger, realisierten wir ab den 70-iger, 80-iger Jahren trotz großer Widerstände und heftigem Gegenwind beim Marsch durch die Institutionen Schritt für Schritt unsere Hoffnungen in nicht mehr zu übersehenden Veränderungen kollektiv, u.a. in der Gründung zahlreicher Initiativen und Vereine, der Gründung von psychiatrischen Abteilungen, aber auch unter anderem in der „Psychiatrie-Enquete“, den „Empfehlungen“ bzw. der Psychiatrie-Personalverordnung, der UN-Behindertenrechtskonvention, etc. (39, S.52) „Wer...hofft, interpretiert nicht nur, sondern agiert“ (5).

Auch Florence Gaub stellt augenblicklich einen Mangel an Utopien als Ausdruck unserer Hoffnungen fest (3). Wir fügen uns in ein Raster aus funktional-hierarchisch-organisiertem Vorgehen, gesetzlichen Vorschriften, Evidence-based Psychiatry - oftmals einem Scheinkorsett wissenschaftlicher Untersuchungen - und ökonomischen Zwängen (16;26;40). Beinahe kafkaesk zählt der einzelne Mensch nicht mehr! Die Diktatur der Routine in Komplizenschaft mit einer Scheinevidenz ließen unsere Tagträume als eine Voraussetzung für Hoffnung verkümmern (5) und wir wurden angesichts der Macht von Organisationen als Einzelne immer stummer, ohnmächtiger oder auch gleichgültiger.

Jetzt haben wir wieder das „Hoffen zu lernen“: Wie aus einem Gefühl bzw. einer Ahnung ein durch Erfahrung bereichertes, durch Theorie korrigiertes, durch Denken geleitetes Moment einer Theorie-Praxis wird, die schließlich ihr Korrelat in der Welt findet (5). Dabei geht es nicht um Optimismus.

Optimismus resultiert oft aus mangelnder Ehrlichkeit und fehlendem Mut und ist eine Form der Verleugnung, die den Ernst der Lage verschleiern (2,3,5). Wie Vertrauen, wie Liebe kann man Hoffnung nicht bestellen. Hoffnung vollzieht sich unverfügbar auf dem Weg, der durch die Wahrheit hindurch führt, häufig flankiert von Mühsal und Leid. „Die höchste Form von Hoffnung ist die Überwindung der Verzweiflung“, sagt George Bernanos (4). Hoffnung schließt die Konfrontation mit Schmerz und Leid nicht aus und ist auf eine Zukunft ausgerichtet, die jedoch nicht vollständig vorhersehbar ist. Zukünftiges entsteht mitnichten von jetzt auf gleich. Es geht darum, das im Werden Begriffene, ein Noch-Nicht, zu ahnen, weil es gespürt, aber noch nicht in Worte gefasst werden kann. Ab einem bestimmten Grad und Ausmaß drängt es nach draußen und kann vor aller Worte schon geahnt werden. Wenn sich die Ahnungen erhärten, werden sie zu Faktoren, die aus der Zukunft das Gegenwärtige weiterziehen können, weil man sieht, was sein wird und die Gegenwart erfüllt. Breiden-

Unternehmen weltweit wissen, dass sie nur zukunftsfähig bleiben, wenn sie sich für Neues öffnen. Das Rezept, um neugierig und offen für alles zu sein, sehen sie in Agilität, geübt in Teams ohne oder mit niedrigen Hierarchien.

bach und Rollow nennen sie Pull-Faktoren. Push-Faktoren gibt es natürlich auch. Dabei rechnet man damit, dass das Gestrige auch heute noch maßgeblich wirkmächtig ist (10; S. 189). „Hoffnung gründet auf der Annahme, dass wir nicht wissen, was geschehen wird, und dass

in der Weite der Ungewissheit Raum zum Handeln ist ... Hoffnung ist eine Umarmung des Unbekannten und des Unabweisbaren, eine Alternative zur Gewissheit der Optimisten und Pessimisten“ (Solnit)(20):

Hoffnung ahnt Türen zu Möglichkeitsräumen für ein besseres Anderes. Was sind das für Türen, hinter denen Hoffnung lauert?

Unternehmen weltweit wissen, dass sie nur zukunftsfähig bleiben, wenn sie sich für Neues öffnen (z.B. 9,10). Das



Matthias Heißler
Dr., war bis zur Entlassung der letzten Langzeitpatient*in Leiter der Abteilung Rehabilitation in Gütersloh, anschließend, seit 1996, Chefarzt der psychiatrischen Abteilung in Geesthacht. Zurzeit ist er im Projekt „Selbstbestimmung in psychiatrischen Einrichtungen“ in Bremen tätig.

Rezept, um neugierig und offen für alles zu sein, sehen sie in Agilität, geübt in Teams ohne oder mit niedrigen Hierarchien, bereit, vielversprechende Ideen in Statu Nascendi auszuprobieren. Weil natürlich auch weiterhin Geld verdient werden muss, organisieren sich die Unternehmen meist beidhändig: mit der Linken geht es mit der üblichen Produktion und Organisation so weiter wie bisher, mit der Rechten agieren sie agil, öffnen Möglichkeitsräume und machen sich zukunftsfähig. Mit einer ähnlichen Organisationsweise ließen sich auch die mittlerweile in der psychiatrischen Versorgung auftretenden Phänomene als Nebenwirkung der üblichen Organisation beheben, wie Umgang mit Extrem-Individualisten, Systemsprenger, Hard-to-Reach-Patienten, etc., weil mit homogenen Normen (Routine, Organisation, Evidence-based-Medicine z.B.) das Einzigartige, das Unverwechselbare der Menschen verschwindet und nur noch eine Fußnote bildet, die es aus ökonomischen Gründen als Rest zu vermeiden gilt (16). Mit agilen Teams ließ sich aber auch Neues anpacken und umsetzen, wie mobile Teams einschließlich Krisendienst, mobile Reha, regionale oder sogar globale Budgets, in denen Behandlung und Eingliederungshilfen nahtlos ineinander übergehen, Immobilien-therapie bzw. housing first als unverzichtbare Elemente eingefügt werden, einschließlich dass die Transformation der bisher noch vorhandenen

Heimstrukturen in ambulante Wohnungen vollzogen und Crisis-families, supported employment und Zuverdienst tatsächlich werden, etc., also ein ganzer Strauß von brauchbaren Konzepten. Der Bedarf an stationären psychiatrischen Betten würde drastisch abnehmen, einhergehend mit der Reduzierung von Zwang (15).

Wenn in einem Unternehmen Jobrotation vorgesehen ist, kann ein Mitarbeiter nach dem anderen für eine gewisse Zeit auch in einem agilen Team hospitieren und im Anschluss daran, angesteckt vom agilen Virus, Verbesserungsvorschläge im Zusammenhang mit seiner täglichen Arbeit ausbrüten. Während Mitarbeitende in konventionell organisierten Vereinen und Abteilungen aus falscher Loyalität zu ihrem Arbeitgeber gehorsam ihren Dienst versehen, werden sie in Vereinen und Kliniken mit beidhändiger (ambidextrischer) Organisation geradezu eingeladen, ihre Ideen vorzutragen, auch wenn sie zunächst noch so abwegig erscheinen, zu Beginn vielleicht nichts anderes sind als wenig reflektierte Tagträume, die nichtsdestotrotz nach Ernst Bloch am Anfang stehen vor einem Noch-Nicht und daraus hervorgehenden realen Utopien (5; 21). Aus Mitarbeitenden, gleichzusetzen mit anonymen, austauschbaren Rädchen im Getriebe einer Organisation, die nicht aufmucken, werden Mitarbeitende, die sich Gedanken machen, wie die tägliche Routine hin zu einem Besseren verändert werden kann. Sie sind sich bewusst, dass es nie ein vollständiges psychiatrisches Wissen geben kann, an dem sich alle orientieren. Das Wissen um eine gute psychiatrische Praxis ist gebunden an das Engagement von einzelnen psychiatrisch Tätigen, die sich der Vorläufigkeit allen Wissens bewusst sind, dieses jedoch überschreiten, indem sie den Horizont einer offenen Zukunft in ihr praktisches Tun mit einbeziehen - und damit auf die Gestaltbarkeit der Zukunft setzen. Und wenn diese Hoffnung auf etwas Besseres von Einzelnen auch von anderen oder gar vielen geteilt wird, wenn sie sich nicht beeindrucken lässt vom „Erfahrungsschatz“ sogenannter Realisten und nicht kleinzukriegen ist von einer sich übermächtig gebenden Evidenz, die

immer nur zu spät kommen kann, weil sie nur im Nachhinein sagen kann, was falsch war und dadurch lähmt (24; 25), wird die allgemeine Stimmung der Mitarbeitenden an einem Tipping Point kippen, sodass etwas Neues, ein Mehr als die Summe der üblichen Arbeitskraft und Kreativität aller Mitarbeiter entsteht (30). Zuletzt sind es oft Kleinigkeiten, ein Wort, eine Bemerkung, eine Geste, die eigentlich unbeabsichtigt die Dinge zum Laufen bringen.

Nichtsdestotrotz kann eine gut erzählte Geschichte oder ein Manifest Auslöser für größere Bewegungen werden, allein auch schon das Teilen unserer Erfahrungen und Vorstellungen mit anderen (19; 20). Z.B.: Mit Beginn der 90iger Jahre konnten kaum noch Patienten aus dem Heimbereich der

Gütersloher Klinik wegen Mangel an Wohnungen entlassen werden. Was nützt die beste Therapie, wenn man nicht entlassen werden kann! Verzweifelt nahmen wir die Wohnraumschaffung selbst in die Hand. Daraus entwickelte sich „Immobilientherapie“. Sobald Wohnungen vorhanden waren, nahm die Auflösung des Heimbereiches wieder Fahrt auf. Weil die Eingliederungshilfe damals auf einen Schlüssel von 1:12 begrenzt war, nutzten wir über einen Pflegedienst die Möglichkeit der häuslichen Pflege, die damals noch nicht so reguliert war wie heute und waren damit in Kombination mit einem flexiblen Vorgehen in der Lage, alle 435 Patienten in den kommunalen Bereich zu entlassen, auch wenn sie noch so schwierig waren und noch so lange Zeit (z.T. > 60 Jahre) in der Anstalt verbracht hatten. In Geesthacht haben wir Ergotherapie so entwickelt, dass wir jedem Patienten neben der Begleitung über mobile Teams die passende Dosis an Zuverdienst und Assistenz garantieren konnten, sodass im Rahmen eines regionalen Budgets ca. ¾ der klinischen Betten überflüssig wurden. Für solche psychiatrischen Expeditionen gibt es noch keine Blaupausen. Sie müssen an der „Front“ des Fortschritts, wie Ernst Bloch das

nennt (5), erst erarbeitet werden. Dies ist die glänzende Fassade. Backstage sind Phasen der Ratlosigkeit, gar Verzweiflung, am Rande des Scheiterns nicht zu vermeiden. Zeitweise sah ich keinen Ausweg mehr, stand mit dem Rücken zur Wand, stellte das ganze Vorgehen infrage. Gerade aber in diesen verzweifelten Situationen tauchten unerwartet Möglichkeiten auf. Und das waren häufig die besten Einfälle. Nach Pellucion und Bloch waren es Ideen, die die Hoffnung in einer verzweifelten Situation geboren hatte. Auf der einen Seite schätze ich deshalb „das mit dem Rücken an der Wand stehen“ als Quelle von guten Ideen, auf der anderen Seite sind die damit verknüpften Phasen der Verzweiflung und Ratlosigkeit so unerträglich schmerzhaft, dass ich mir solche Situationen mitnichten herbei wünschen will: Ausgeliefert einem Prozess voller Widersprüche mit unsicherem Ausgang. Trotzdem unvermeidbar. Zum Glück haben solche Phasen bisher die Projekte verlässlich weitergebracht. Sicher bin ich dagegen, dass bei den heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten sich jede noch so verschlafene Psychiatrie innerhalb von 5-7 Jahren in eine Vorzeigbare, wenn nicht gar Exemplarische verwandeln lässt, wenn mindestens 2-3 psychiatrisch Tätige in einer agilen Art und Weise an unterschiedlichen Stellen des Versorgungsgebietes das wollen! Die Zeiten für einen solchen Wandel waren schon mal schlechter!

Fortschritt vollzieht sich langsam und nicht-linear. Die Ahnung von Möglichkeitsräumen hegte die Hoffnung auf eine bessere Gesellschaft, wenn auch eine unvollkommene, weil Vollkommenheit unserer Welt nicht eigen ist. Und auch die Zukunft wird zwar besser, aber nicht paradiesisch sein (3), kein Sein wie Utopie, aber immer schon ein Sein wie Hoffnung auf dem Weg zur Annä-

herung an Besseres (5). Wir brauchen Ideen und Utopien, auch wenn sie über das Ziel hinaus schießen, weil wir ohne sie unsere Hoffnung zu verlieren drohen und unsere Zukunftsfähigkeit verspielen (3). Wir haben uns schon zu lange damit begnügt, nicht aus dem Rahmen zu fallen und unsere Sehnsüchte und Wünsche herunter gedimmt.

Während Mitarbeitende in konventionellen Vereinen und Abteilungen aus falscher Loyalität gehorsam ihren Dienst versehen, werden sie in Vereinen und Kliniken mit beidhändiger Organisation eingeladen, ihre Ideen vorzutragen.

Geschichte oder ein Manifest Auslöser für größere Bewegungen werden, allein auch schon das Teilen unserer Erfahrungen und Vorstellungen mit anderen (19; 20). Z.B.: Mit Beginn der 90iger Jahre konnten kaum noch Patienten aus dem Heimbereich der

Fortschritt vollzieht sich langsam. Die Ahnung von Möglichkeitsräumen hegte die Hoffnung auf eine bessere, wenn auch nicht vollkommene Gesellschaft. Und auch die Zukunft wird zwar besser, aber nicht paradiesisch sein.

Wenn man davon ausgeht, dass wir für psychisch kranke Menschen den ganzen Sozialraum brauchen, um für jeden in der Fülle eine passende Nische im Netzwerk zu finden, ist es folgerichtig, wenn psychiatrisch Tätige den Sozialraum mit frei schwebender Aufmerksamkeit alltäglich mit den dort lebenden Bürgern teilen, auf der Suche nach Gelegenheiten, die für psychisch kranke und behinderte Menschen zu Möglichkeiten werden können für ein besser gelingendes Leben (5; 36, S.173ff). En passant hört man z.B. von einer leer stehenden Wohnung oder von dringend benötigten Arbeitskräften. Sowa passiert bei „unspezifischer Fallarbeit“ so nebenbei, wenn also das Handeln nicht durch den Blick auf Spezielles ausgerichtet und fokussiert wird. Bei solcher Art Tätigkeit lassen sich „Schätze“ entdecken, die wir in und aus unseren Institutionen nicht sehen können, ein Mehr-Sein (35), Hoffnung auf ein besseres Leben als im So-Sein.

Zurzeit gibt es viele Bürger, denen dämmert, dass der Staat nicht potent genug ist, um auf alle Belange des Lebens adäquat reagieren zu können. Sie helfen einfach so, selbstlos, regelmäßig in Notsituationen wie z.B. bei Hochwasser. Auch unterstützen sie Flüchtlinge und Migrant*innen, um in unserem bürokratischen Dschungel Wege zu finden, helfen Kindern und Schülern, um Basiswissen (Rechtschreibung, Einmaleins, ...) zu erwerben, solange bis sich aus der Unterstützung Einzelner organisierte Unterstützung ergibt, wie anno dazumal Kinderläden, Secondhandshops, 3. Weltläden, die Frauenbewegung, etc. entstanden sind und jetzt ähnliches im Entstehen begriffen ist, wie die Recoverybewegung mit dazugehörigen Colleges, WGs oder vergleichbare Alternativen (z.B. Apartments mit auch öffentlich zugänglichen Gemeinschaftsräumlichkeiten) für alte und junge Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kombiniert mit unterstützender Begleitung aus dem Bereich der Nachbarschaft. Die Bürger*innen versuchen, die Lücken improvisierend zu schließen. Inklusion wird sich psychiatrischerseits nicht durch die Politik, über Gremien oder über Kliniken und die

Wir brauchen eine Bürger-Psychiatrie, wie zum Beispiel in Lille/ Frankreich realisiert. Dort gibt es sogar eine eigene „Universite citoyenne“, die Bürger und Bürgerinnen, Profis, Patienten und Patientinnen zusammenführt.

Gemeindepsychiatrie umsetzen lassen. Patienten und Profis bleiben bei diesem Vorgehen exklusiv unter sich. Wir brauchen eine Bürger-Psychiatrie, eine Psychiatrie der Bürger*innen für die Bürger*innen, wie zum Beispiel in Lille /Frankreich realisiert. Dort gibt es sogar eine eigene „Universite citoyenne“, die Bürger*innen, Profis und Patient*innen zusammenführt und entsprechend aufeinander abgestimmte Konzepte entwickelt. Nur mit Bürger*innen ist noch Staat zu ma-

chen!
Eine Psychiatrie der Bürger für die Bürger hat zusätzlich das Zeug, die Gesundheit der Bürger insgesamt, somatisch wie psychisch, zu verbessern. Insbesondere unter Bezug auf Michael Marmors Buch „Status Syndrome“ kann Andreas Heinz

eindrucksvoll belegen, dass neben der Kontrolle über die eigenen Lebensumstände, solidarische Akte von psychisch kranken Bürgern und ihren Angehörigen mit anderen Bürgern, kurz gegenseitige Hilfe und Unterstützung, die Gesundheit aller Bürger entscheidend verbessern können. Dies bezieht neben psychischen Erkrankungen auch somatische Erkrankungen wie Krebserkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Infektionserkrankungen u. a. mit ein (43). Allein der Verzicht bzw. die Reduktion von Zwangsmaßnahmen, die Verkürzung stationärer Behandlung und das Offenhalten von Stationstüren sind nicht ausreichend genug, „um Gesundheit herzustellen. Denn auch ein Ende der institutionellen Ausschließung ... kann Auswirkungen der Konfrontation sozialer Ungleichheit nicht abmildern, die direkt zur Manifestation unterschiedlichster Krankheitsbilder im somatischen und psychischen Bereich beiträgt“ (8, S. 160ff).

Um nicht von der Psychiatrie as usual zu stark kolonialisiert zu werden, brauchen Bürger und Peers deshalb Spielräume, in denen sie psychiatrische Versorgung neu denken und erfinden können. Zum Beispiel flächendeckend Recovery Colleges für Körperliches wie

Psychisches, die von engagierten und/ oder betroffenen Bürgern (Peers) geführt werden, auch für den praktischen Einsatz bei „Patienten“, angefangen bei der Versorgung von alten Menschen. Das Alter ist mit einer breiten Palette von Erkrankungen verbunden, einschließlich psychiatrischen, sodass für alternde Bürger alternative Formen der Behandlung und 24/7 Assistenz nicht nur in „Modellregionen“, sondern flächendeckend zu entwickeln sind, um nicht standardisiert in einem Heim zu landen. Dies erfordert u.a. Unterstützungsformen, die nach Oldenburg und Dörner vor allem im 3. Sozialraum, der Nachbarschaft bzw. im Viertel angesiedelt sind, einschließlich des Einbezuges von Professionellen in Form eines Bürger-Profi-Mix. Hybride Formen der Assistenz lassen sich auch in Handwerksbetrieben u.a. Betrieben vorstellen, ebenso für Cafes und Gaststätten, die sich neben dem Kerngeschäft auch als eine Art psychosoziale Begegnungsstätte qualifizieren, finanziell unterstützt z.B. aus einem globalen Budget, um damit zu den von Oldenburg beschriebenen „good places“ zu werden (28). In Supermärkten gibt es übrigens auch schon die langsamen Kassen, an denen man sich mehr Zeit für die (alternde) Kundschaft nimmt. Ähnliches in einigen westafrikanischen Ländern: Dort werden Friseurinnen geschult, adäquate Antworten für Kunden mit depressiven Störungen und Suizidalität zu finden, um die hohen Suizidraten zu senken (41).

Der Mensch ist unhintergebar verletzlich und mithin ist es auch das Tier, überhaupt alles Lebendige, die gesamte Natur. Wir sind Teil der Natur und stehen nicht über ihr. Wegen unserer Verletzlichkeit sind wir unhintergebar auf andere angewiesen.

Die Fähigkeit, zukünftige Möglichkeiten zu antizipieren und zu bewerten, ist nach Martin Seligman ein grundlegender Aspekt menschlichen Fühlens, Denkens und Handelns (Homo Prospectus) (17). So auch Ernst Bloch: „Jeder Mensch lebt primär zukünftig, indem er „strebt“, also auf Ziele hinarbeitet

(5). Und diese Sicht wird mittlerweile auch durch die jüngste neurowissenschaftliche Forschung bestätigt in der Nachfolge eines Modells, das von Andreas Heinz als kolonialisiertes Gehirn beschrieben wurde (8). Unser Gehirn arbeitet im ständigen Kontakt mit der umgebenden Welt und unserem Körper. Es versucht, Zukünftiges zu errahnen, uns darauf in unserem Fühlen, Denken

und Handeln einzustellen: predictive processing. Aus der Flut ständig eingehender Daten filtert das Gehirn die Daten heraus, die mit seiner bisherigen Sicht nicht übereinstimmen und erstellt eine neue, besser passende Prognose (7;22;23;31;32). Unser Gehirn ist nicht hauptsächlich zum Denken da (Homo sapiens), sondern, um über vorausschauende Entscheidungen unser Leben und Überleben zu sichern: hoffen auf eine verlässliche Welt.

Der Mensch ist unhintergebar verletzlich ... und mithin ist es auch das Tier, überhaupt alles Lebendige, die gesamte Natur (6, S.10). Wir sind Teil der Natur und stehen nicht über ihr. Wegen unserer Verletzlichkeit sind wir unhintergebar auf andere angewiesen. Dies erklärt auch die Anfänge und die Geschichte unserer Moral und ihre Transformation von unseren frühesten Anfängen bis hin zu den jüngsten Konflikten um Identität, Ungleichheit und Unterdrückung. Heino Sauer erzählt diese Geschichte und ist grundsätzlich optimistisch bezüglich ihres weiteren Fortgangs. Aus dieser beständig sich vollziehenden Transformation ist auch die Ethik der „Verwundbarkeit“ und die „Care-Ethik“ hervorgegangen, die zusammen die teilweise absolutistisch gehandhabte Autonomie in eine relationale verwandeln, die ohne Beziehungen nicht möglich ist und daraus erst ihre Bestimmung schöpft (18;1;2;6;37;38). „Die moralischen Werte, die uns verbinden, gehen tiefer, als wir glauben, und die politischen Gräben, die uns trennen, sind weniger tief, als wir denken ... Vielleicht wird dieses ganz große Fest der Zwietracht und des Hasses einmal zu Ende gehen. Und vielleicht - wer weiß! - wird es ein Fest der Gemeinschaft werden, entfesselt - und bezwungen, auch - durch Vernunft“ (18, S. 349 ff). Hoffnung ist der Berührungspunkt zwischen dem Leben, das man an einem bestimmten Ort und zu einer bestimmten Zeit führt und dem Geschehen, das sich tief im Innern des Verhältnisses eines Menschen zu sich selbst und zum Unendlichen entspinnt. Man kann dieses Unendliche Gott nennen (Transascendenz: man schaut hoch) oder man kann die gemeinsame Welt meinen, bestehend aus der Gesamtheit der Generationen sowie dem natürlichen und kulturellen Erbe einschließlich aller gelungenen und misslungenen, zum Teil grausamen Versuche im Umgang

mit bio-psycho-sozialen Phänomenen (Trans-de-szendenz).

Wenn ich hoffe, bin ich jedenfalls nicht das isolierte Selbst, das versucht, dieses oder jenes zu erreichen, sondern nehme meinen Platz in einer Zeit und einem Raum ein, die größer, ja nahezu unbegrenzt sind (2, S.20). ●

Literatur

1. **Pellucion, C. (2023):** Verbessern wir die Welt. Darmstadt: wbg Theiss
2. **Pellucion, C. (2023):** Die Durchquerung des Unmöglichen. München: Verlag C.H. Beck
3. **Gaub, F. (2023):** Zukunft. München: dtv Verlagsgesellschaft
4. **Bernanos, Georges:** Freiheit wozu? Auch bei Albert Camus, Der Mythos des Sisyphos.
5. **Bloch, E. (1973):** Prinzip Hoffnung, Bd 1 u.2. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
6. **Maio, G. (2024):** Ethik der Verletzlichkeit. Freiburg: Verlag Herder
7. **Barrett, L.F. (2023):** Siebeneinhalb Lektionen über das Gehirn. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
8. **Heinz, A (2023):** Das kolonialisierte Gehirn und die Wege der Revolte. Berlin: suhrkamp Taschenbuch. Wissenschaft.
9. **Scharmer, O. (2013):** Theorie U. Heidelberg: Carl Auer Verlag
10. **Breidenbach, J.; Rollow, B. (2023):** Die entfaltete Organisation. München: Verlag Franz Vahlen
11. **Lear, J. (2020):** Radikale Hoffnung. Berlin: Suhrkamp Verlag.
12. **Dörner, K. (2012):** Helfens-bedürftig. Neumünster: Paranus
13. **Hasler, L. (2019):** Für ein Alter, das noch was vorhat. Zürich: rüffer & rub.
14. **Pfaff, I. (2024):** Die Zeitsparkasse. In: Süddeutsche Nr. 52, 2./3. März 2024, S.47
15. **Heißler, M (2022):** Psychiatrie ohne Betten. Bonn: Psychiatrie Verlag
16. **Heißler, M (2024):** Dichotomie von Zwang und Fürsorge. In: Die Kerbe 1/2024
17. **Seligman, M.; Railton, P.; et al. (2016):** Homo Prospectus. New York: Oxford University Press
18. **Sauer, H. (2023):** Moral. Die Erfindung von Gut und Böse. München: Piper Verlag
19. **Puchner, M. (2022):** Literature for a Changing Planet.
20. **Solnit, R. (2016):** Hope in the Dark. Haymarket Books.
21. **Wright, E. (2020):** Reale Utopien. Berlin: Suhrkamp Verlag
22. **Solms, M. (2023):** The Hidden Spring. Stuttgart: Klett-Cotta
23. **Sterzer, Ph. (2022):** Die Illusionen der Vernunft. Berlin: Ullstein
24. **Maneman u.a. (2013):** Prophetischer Pragmatismus
25. **Hampe (2018):** Die Dritte Aufklärung. Berlin: Nicolai Publishing
26. **van Os, J.; Guloksuz, S.; Vijn, T.; Hafkenscheid, A.; Delespaul, P. (2019):** The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? World Psychiatry 18(1), S. 88–96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
27. **Rifkin, J. (2022):** Das Zeitalter der Resilienz. Frankfurt a M: Campus Verlag
28. **Oldenburg, R. (1989):** The Great Good Place. New York: Marlowe & Company
29. **Tomasello, M. (2020):** Mensch werden. S. 14, 36. Berlin: Suhrkamp Verlag.
30. **Stefan, A. (2016):** Emergenz, Münster: mentis Verlag
31. **Friston, K. (2010):** The free-energy principle: a unify brain theory? Nature Review Neuroscience 11,2, S 127–138
32. **Friston, K.; Klaas, St.; Montague, R. et al. (2014):** Computational psychiatry the brain as a phantastic organ. Lancet Psychiatry 1: 148–158
33. **Smallwood, J., Andrews-Hanna (2013):** Not all minds that wander are lost: the importance of a balanced perspective on the mind-wandering state. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00441>. Smallwood, J., Scholler, J.W. (2015): The scinec of mind wandering: Empirically navigating the stream of consciousness. Annula Review of psychology 66.
34. **Killingsworth, M.; Gilbert, D. (2010):** A wanderin mind is an unhappy mind. S.14 Science. Doi: 10.1126/science.1192439. PMID:21071660.
35. **Freire, P. (2002):** Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro.
36. **Busch, C. (2023):** Erfolgsfaktor Zufall. S.173ff. Hamburg: Murmann Publishers
37. **Gilligan, C. (1984):** Die andere Stimme Lebenskonflikte und Moral der Frau. München: Deutscher Taschenbuch Verlag
38. **Tronto, J. (1993):** Moral Boundaries – A Political Argument for an Ethic of Care. New York: Routledge (2013): Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice. New York: University Press
39. **Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K. (2015):** 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Köln: Psychiatrie Verlag.
40. **Hasler, F. (2023):** Neue Psychiatrie. Bielefeld: transcript Verlag
41. **Eppendorfer (2024):** Dann geh' doch zum Friseur... S.24. 1/2024
42. **Wittgenstein, L. (2003):** Tractatus philosophicus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
43. **Marmot, M. (2015):** Status Syndrome. How your place on the social gradient directly affects your health. London, Oxford, New York, Delhi, Sidney: Bloomsbury. Marmot, M.; Wilkinson, R. (Eds.) (2003): Social Determinates of Health. Solid Facts. Second edition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
44. **Meckel, M.; Rettig, D. (2018):** Wer nicht sucht, der findet. Serendipity – 77 zufällige Entdeckungen, die Geschichte schrieben. Zürich, Bern: Kein & Aber.