

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Schizophrenien – Konzepte, Bilder und Realitäten

## Soteria

### Ein unterschätztes Behandlungsmodell für Menschen mit Psychosen

**Zusammenfassung** Die Soteria wird seit über fünfzig Jahren vornehmlich als milieutherapeutische Alternative zur Behandlung akuter Psychosen verstanden. In diesem Beitrag wird das Potenzial der Soteria als Versorgungsmodell beleuchtet, das Menschen mit Psychosen auch längerfristig eine recoveryorientierte und leitliniengerechte Behandlung bietet. Wir zeigen auf, dass Soteria viele Probleme der konventionellen Versorgungspraxis umgeht und deshalb zu Recht von der UN als gelungenes Praxisbeispiel eines personenzentrierten und menschenrechtsbasierten Ansatzes empfohlen wird.

Autoren:  
Daniel Nischk,  
Walter Gekle  
Seite 9–13

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de), E-Mail: [verlag@psychiatrie.de](mailto:verlag@psychiatrie.de)

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** Print für Privatkunden jährlich 45 Euro einschl. Porto, Ausland 45 Euro zzgl. 18 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

**Redaktionssekretariat:** Sandra Kieser

Fax 0221 167989-20

[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de), E-Mail: [si@psychiatrie.de](mailto:si@psychiatrie.de)

**Redaktion:**

Peter Brieger, München

Michael Eink, Hannover

Hermann Elgeti, Hannover

Eva-Maria Franck, Hildesheim

Sandra Kieser, Berlin

Silvia Krumm, Ulm

Klaus Nuißl, Regensburg

Annette Theißing, Hannover

Samuel Thoma, Berlin

Maike Wagenaar, Hannover;

Dyrk Zedlick, Leipzig



Autoren:  
Daniel Nischk<sup>1</sup>, Walter Gekle<sup>2,3</sup>



## Soteria

### Ein unterschätztes Behandlungsmodell für Menschen mit Psychosen

**Zusammenfassung** Die Soteria wird seit über fünfzig Jahren vornehmlich als milieutherapeutische Alternative zur Behandlung akuter Psychosen verstanden. In diesem Beitrag wird das Potenzial der Soteria als Versorgungsmodell beleuchtet, das Menschen mit Psychosen auch längerfristig eine recoveryorientierte und leitliniengerechte Behandlung bietet. Wir zeigen auf, dass Soteria viele Probleme der konventionellen Versorgungspraxis umgeht und deshalb zu Recht von der UN als gelungenes Praxisbeispiel eines personenzentrierten und menschenrechtsbasierten Ansatzes empfohlen wird.

Soteria war ursprünglich als Gegenentwurf zur Verwahrspsychiatrie der 1960er-Jahre gedacht. Loren Mosher (2011) gründete deshalb 1972 die erste Soteria nicht als Station innerhalb eines Krankenhauses, sondern nutzte ein Wohnhaus innerhalb der Gemeinde. Statt auf antipsychotische Medikation setzte Mosher auf »Being-With« – die haltende, fürsorgliche Begleitung durch Zeiten akuter Psychose. An die Stelle psychiatrischer Klassifikation trat mit Being-with eine Form der »interpersonellen Phänomenologie«, d.h. ein schrittweises gemeinsames Verstehen und

Integrieren der psychotischen Erfahrung in die eigene Geschichte. An die Stelle formaler Therapie rückte »Doing-With«, d.h. die gemeinsame Tagesgestaltung innerhalb eines tragenden therapeutischen Milieus.

Die historische Entwicklung, die Wirkfaktoren und Erfahrungen sind seither vielfältig analysiert und beschrieben worden (Ciompi u. a. 2011): Durch Soteria kann demnach eine ähnliche psychische Stabilisierung erwartet werden wie durch eine konventionelle Krankenhausbehandlung, jedoch mit deutlich

geringerer Medikation und höherer Behandlungszufriedenheit (Calton u. a. 2008; Hurtz, Brieger 2017). Das Soteria-Verständnis hat sich im Laufe der Zeit verändert: Die heutigen Soterien sind integraler Bestandteil des psychiatrischen Versorgungssystems (Gekle 2020), die sich u. a. auch zu einer leitliniengerechten Therapie mit niedrigdosierten Neuroleptika bekennen (AWMF 2019). Die Kernprinzipien wurden in Form der Soteria Fidelity Scale (SFS) der internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria (2019) präzisiert, die zur Qualitätskontrolle und als Ori-

entierung zum Aufbau neuer Soterien dient oder, wie es nun an verschiedenen Orten geschieht, zur Etablierung von »Stationen mit Soteria-Elementen« innerhalb konventioneller psychiatrischer Kliniken. All diese Entwicklungen haben dazu beigetragen, dass der Soteria-Ansatz noch immer ein wichtiger Takt- und Ideengeber in der aktuellen Diskussion über die Fortentwicklung der Schizophreniebehandlung (Nelson u. a. 2020; Hirjak u. a. 2021) und auch als gelungenes Beispiel für eine personenzentrierte und menschenrechtsorientierte Behandlung psychisch kranker Menschen gilt (WHO-Guidance Report 2021).

In diesem Beitrag wollen wir die Soteria als Versorgungsinstrument der sozialpsychiatrischen Angebotsstruktur neu verorten und aufzeigen, dass Soteria viele Probleme des hiesigen nach Sektoren- und Kostenträgern segmentierten psychiatrischen Versorgungssystems umgeht und exemplarisch die zeitgemäßen Konzepte der Personenzentrierung, der therapeutischen Kontinuität, des Recovery und des Empowerments im Einklang mit vielen der gegenwärtigen Behandlungsleitlinien umsetzt.

#### **Probleme der gegenwärtigen Versorgungspraxis von Menschen mit Psychosen**

Psychiatrische Therapie basiert auf einer ausführlichen multimodalen Diagnostik. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse münden dann in entsprechende Therapieverfahren, z.B. Medikamente, psychologische Gespräche, Ergo- und Arbeitstherapie, kognitives Training oder Familiengespräche, deren Effekte regelmäßig kontrolliert und angepasst werden. Dieses sinnvolle Grundprinzip hat die Qualität der psychiatrischen Versorgung erheblich verbessert und zu einer Professionalisierung vieler therapeutischer Disziplinen geführt. Es darf aber nicht übersehen werden, dass die mit dieser Entwicklung einhergehende Segmentierung psychiatrischer Leistungen zu vielen systemischen Problemen im psychiatrischen Versorgungssystem beiträgt: So wird eine Patientin oder ein Patient in der Regel von einer Vielzahl von therapeutisch Tätigen aus ganz unterschiedlichen Fachrichtungen betreut, die den Betroffenen jedoch in erster Linie in den für ihre Tätigkeit wichtigen Ausschnitten kennen. Zur Koordination dieser Fülle von Maßnahmen werden z.B. Visiten oder Fallbesprechungen abgehalten, in denen die bruchstückhafte Kenntnis der Einzel-

therapeuten wieder zusammengeführt und zu Behandlungsempfehlungen verarbeitet wird. Es liegt auf der Hand, dass man sich hierbei in erster Linie auf scheinbar objektivierbare Phänomene und weniger auf die Person als Ganzes mit ihrer speziellen Geschichte, ihren Befürchtungen, Wünschen und Präferenzen beziehen kann. Eine tragfähige therapeutische Beziehung kann dadurch nur schwer entstehen. Vielmehr besteht die Gefahr, dass die Betroffenen von einem therapeutisch Tätigen zum nächsten geschickt werden, ohne das Vertrauen entwickeln zu können, in ihrem »So-Geworden-Sein« auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden. Diese Segmentierung wird häufig als Grundlage einer professionellen und evidenzgestützten multimodalen Therapie dargestellt. Dabei wird jedoch übersehen, dass die üblichen Verfahren, u. a. Psychoedukation, kognitives und metakognitives Training oder soziales Kompetenztraining, zwar eine empirisch begründete Wirksamkeit für sich beanspruchen können, ihre Effekte jedoch insgesamt klein und wenig nachhaltig sind (z. B. Nischk u. a. 2014). Inwieweit die übliche Kombination vieler Verfahren überhaupt eine synergistische Wirkung entfaltet, ohne die Patienten zu überfordern, ist derzeit völlig unklar. Hinzu kommt, dass die Verfahren, die vergleichsweise starke Effekte erwarten lassen, wie z. B. das Supported Employment oder Familieninterventionen, nur sehr selten angewendet werden (Schuster u. a. 2021).

Im psychiatrischen Alltag potenzieren sich die Probleme häufig, u. a. durch hohes Patientinnen- und Patientenaufkommen, hohe Personalfuktuation und -knappheit, vielen unerfahrenen Mitarbeitenden, hohem Dokumentationsaufwand sowie Verwaltungs- und Abrechnungszwängen. In der Routineversorgung fühlen sich die Betroffenen dann oft nicht mehr als gleichberechtigte Partner einer individualisierten Behandlung, sondern eher ohnmächtig einer Standardbehandlung unterworfen. Die als besonders hilfreich erlebten persönlichen Kontakte mit dem Personal werden unter diesen Bedingungen notwendig auf ein Minimum beschränkt (Thibeault u. a. 2010). Eine eigene unveröffentlichte Erhebung auf einer beschützenden Akutstation ergab, dass die fallführenden Ärztinnen und Psychologen außerhalb von Visiten und Gruppenangeboten im Mittel täglich lediglich 6,5 Minuten pro Person für einen persönlichen Kontakt aufwenden konnten.

Wie wenig diese Art der Versorgung auf die zahlreichen Störungen im Selbst- und Welterleben (Parnas u. a. 2005), die kognitiven und metakognitiven Defizite (Lysaker u. a. 2011) und die Durchlässigkeit der Ich-Grenzen (Stanghellini, Mancini 2017) von Menschen mit Psychosen abgestimmt ist, zeigt u. a. ein aktuelles Review von 43 Studien über die Sicht der Patienten auf die Akutbehandlung (Schmidt, Uman 2020). Die Autoren kommen zu dem ernüchternden Ergebnis, dass Betroffene die Behandlung auf Akutstationen fast durchweg als wenig individualisiert, das Personal als überbeschäftigt und die Atmosphäre als unruhig, gehetzt oder sogar als furchteinflößend erleben. Was Patientinnen und Patienten von ihrer Behandlung erwarten, ist durch viele Untersuchungen recht gut bekannt (z. B. O’Keeffe u. a. 2018; Wyder u. a. 2013): Als »ganze Person«, d. h. als Mensch mit Geschichte, in sozialen Rollen, mit Wünschen und Zielen, wahrgenommen und behandelt und eben nicht auf eine Erkrankung reduziert zu werden. Das bedeutet u. a. Kontakt auf Augenhöhe, gemeinsame Entscheidungsfindung und wertfreier Umgang mit Symptomen. Diese Bedürfnisse werden innerhalb einer tragfähigen und idealerweise auch langfristigen therapeutischen Beziehung erfüllt (Davidson, Chan 2014), deren Potenzial aber durch diese Versorgungsstruktur torpediert wird.

#### **Soteria als zeitgemäße Alternative zur Behandlung von psychotischen Menschen**

**Beziehung:** Die Praxis der Soteria fußt ganz zentral auf Beziehungsarbeit. Being-with meint ein den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betroffenen angepasstes Beziehungsangebot, das haltend, stützend und wertschätzend ist. Vor dem Hintergrund der fragilen psychischen Grenzen psychotischer Menschen soll die Beziehung einerseits Individualität und andererseits auch Halt, Schutz und Sicherheit erlauben. Für die Zeit der akuten Symptome steht eine reizabgeschirmte Umgebung, zumeist auch ein »weiches Zimmer«, zur Verfügung. In diesem Setting kann – bei gegebener Indikation und Einverständnis der Betroffenen – eine intensive 1:1-Begleitung durchgeführt werden, die in Bern durch jeweils eine Betreuungsperson über 24 Stunden aufrechterhalten wird und in anderen Soterien entsprechend der jeweils geltenden Dienstzeiten stattfindet. Während dieser Intensivbehandlung begleitet die Betreuungsperson die betroffene Person auf eine nicht-intrusive,

aber haltende, schützende Weise, ohne dabei in eine Verschmelzung zu geraten. Diese Beziehung zu einem Begleiter dient auch als Bezugspunkt für die weitere Stabilisierung und auch als beginnende Hinwendung zur sozialen Lebenswelt innerhalb und später auch außerhalb der Soteria. Auf Basis dieser Beziehung wird das zunächst nur subjektiv empfundene psychotische Weltverständnis schrittweise dem Begleiter zugänglich. Es entsteht ein gemeinsames oder intersubjektives Verständnis, das schließlich auch perspektivisch im »Ich-und-Du« versprachlicht werden kann und dadurch in seiner perspektivischen Begrenztheit auch prinzipiell hinterfragbar wird (Nischk u. a. 2015). Der Begleiter unterstützt den Betroffenen – technisch ausgedrückt – bei metakognitiven Akten, indem er u. a. hilft, diffuses Erleben zu versprachlichen, Fremdes von Eigenem zu unterscheiden, Fantasien, Erinnerungen und Befürchtungen zu trennen, Befindlichkeiten zeitlich und örtlich zu kontextualisieren und dadurch die oft massiven Ängste relativiert. Mit der Restitution metakognitiver Fähigkeiten wird dann zunehmend auch das Abwägen von Behandlungsoptionen aus unterschiedlichen Blickwinkeln, u. a. der Neurowissenschaft, der evidenzbasierten Medizin oder auch aus existenzieller Perspektive, oder Zielrichtungen möglich. Shared – oder besser: Supported Decision Making – ist deshalb kein Grundsatz, der unmittelbar Anwendung finden kann, er wird erst auf Basis der o. g. Beziehungsgestaltung möglich (Davidson, Chan 2014). Wesentlicher Bestandteil in der ersten Begegnung während der Aufnahmeuntersuchung ist neben der leitliniengestützten Diagnostik deshalb das persönliche Kennenlernen der Person als Ganzes, ihrer Geschichte, Schwierigkeiten, persönlichen Deutungen und Ziele. Falls dies – wie häufig in Akutsituationen – nicht möglich ist, findet dieses Kennenlernen im Verlauf statt, wird dann zunehmend mit den Perspektiven der Angehörigen und Mitarbeitenden abgeglichen und dadurch in relevante, erreichbare Ziele transformiert. Therapeutische Entscheidungen, etwa in Bezug auf Medikation, Anschlussbehandlung oder weiterer Planung werden vom Betroffenen getroffen und verantwortet; den Mitarbeitenden obliegt eine Beratung und ggf. Unterstützung beim Abwägen und Entscheiden. Soteria praktiziert in diesem Sinn einen konsequent personenzentrierten Ansatz, der die persönlichen Wahrnehmungen und Wünsche mit denen der therapeutisch Tätigen und wissenschaftlicher Erkenntnis zu einem holistischen Verständnis einer Genesung/Recovery verbindet.



*Weiches Zimmer in der Soteria Bern*

**Alltagsnähe:** Soteria bedeutet eine Abkehr von den artifiziellen Behandlungskontexten des psychiatrischen Krankenhauses. Man kann nicht in einem Rahmen außerhalb der Normalität, wie es der Alltag in einer psychiatrischen Klinik darstellt, zur Normalität zurückfinden. Beeinträchtigte Fähigkeiten sollen sich im sozialen Miteinander zurückbilden und nicht in artifiziellen Therapie-»Räumen«. Die Soteria bietet den sozialen Kontext einer Wohngemeinschaft, der durch aufeinander bezogene Rollen, Verpflichtungen und verschiedene Alltagstätigkeiten zum Erhalt dieser Struktur definiert wird. Doing-With – der gemeinsame Vollzug von Alltagstätigkeiten zum Erhalt der Gemeinschaft – trainiert oder restituiert Fähigkeiten, die für das selbstständige Leben in der Gemeinde wesentlich sind, u. a. Einkaufen, Kochen, Saubermachen. Doing-With ist aber auch lebensweltliche Therapie, in der sich Aufmerksamkeitsprozesse spezifizieren, Handlungsvollzüge automatisieren, soziale Konventionen und Fähigkeiten sich schrittweise wieder aufbauen, sodass wieder eine natürliche Selbstverständlichkeit der sozialen und alltagspraktischen Lebensvollzüge entstehen kann (Nischk, Rusch 2019). In diesem Sinn schließt der Alltag der Soteria passgenau an die z. T. tiefgreifenden Störungen im Selbst- und Weiterleben der Betroffenen an, die sich u. a. in einer Fragmentierung der Wahrnehmung, der Denk- und



*Gebäude der Soteria Bern*

Handlungsvollzüge, dem Verlust von Meinhaftigkeit und des inneren Kernes sowie der Leiblichkeit manifestieren können.

**Evidenzbasierte Medizin:** Mit der Gründung der Soteria Bern 1984 ist die Soteria-Idee aus dem antipsychiatrischen Raum in ein sozial- und gemeindepsychiatrisches Umfeld eingetreten. Dies erfolgte einerseits in der Absicht, eine alternative Behandlungsoption für Menschen mit akuten psychotischen Krisen im Rahmen der allgemeinen Krankenversicherung anzubieten, andererseits aber auch mit der Intention, die konventionelle Psychiatrie zur Übernahme von Soteria-Elementen zu stimulieren. In den heutigen Soteria Einrichtungen finden fast alle Empfehlungen der S3-Leitlinien (AWMF 2019), u. a. abwartende Haltung, niedrigdosierte Behandlung, Einbezug von Angehörigen, Information über Psychosen und Rückfallprophylaxe ihren Platz, jedoch nicht in standardisierter, sondern stets in individualisierter Form. Darüber hinaus werden in den Soterien z. T. auch spezifische Versorgungsmodelle und auch Therapien angeboten: In Bern wird der Open-Dialogue und das »Experience Focused Counselling« umgesetzt, in Reichenau wird Körpertherapie und auch narrative Expositionstherapie für Menschen mit Traumaerfahrungen angeboten. Was die Soteria von konventioneller Behandlung jedoch nachhaltig unterscheidet ist die Gewichtung: All diese Behandlungsformen sind eingebettet in das allgemeine therapeutische Milieu, spezifische Behandlungen sind diesem Milieu nach- und untergeordnet, denn nur so können ausgewählte Verfahren und Interventionen wirksam werden.

**Langfristige und sektorübergreifende Behandlung:** Die Soterien haben sich in der Regel aus kleinen lokalen Initiativen entwickelt, die sich schrittweise in die sozialpsychiatrische Angebotsstruktur der jeweiligen Versorgungsregion integriert haben. Es handelt sich also keinesfalls um eine »Elfenbein«-Psychiatrie für eine privilegierte Klientel, sondern für alle Betroffenen, die in eine Behandlung in diesem Rahmen annehmen können. Alle Soterien nehmen einen Versorgungsauftrag wahr, der neben der Akutbehandlung auch die längerfristige Betreuung bis zur psychosozialen Verselbstständigung beinhaltet. In allen Soterien können Betroffene auch ambulant nachbetreut werden, in der Regel durch ihre Bezugstherapeutinnen und -therapeuten. Die Soteria Bern ist mit dem lokalen Frühkennungsangebot sowie mit dem Sup-

ported Employment vernetzt und verfügt über ein Angebot von Hometreatment und Supported Housing. Ähnlich ist in Reichenau aus dem Soteria-Angebot eine zusätzliche diagnostische Sprechstunde sowie ein Supported Employment-Angebot hervorgegangen, welche konzeptuell und personell verknüpft sind. Auf diese Weise haben sich Soterien zu gemeindepsychiatrisch gut vernetzten Einheiten entwickelt, die eine sektorübergreifende Begleitung von Menschen mit Psychosen unter personeller Kontinuität erlauben.

**Recoveryorientierung:** Die Menschen, die in einer Soteria behandelt werden, nehmen diese Behandlung meist mehrmals im Lauf ihrer Verselbstständigung in Anspruch. Dadurch können sich im Lauf der Jahre enge, tragfähige und vertrauensvolle persönliche Beziehungen entwickeln. Betroffene binden sich an spezifische Mitarbeitende, auf die sie bei Krisen zurückgreifen können, da sie sich in ihrer individuellen Persönlichkeit mit den ihnen eigenen Schwierigkeiten auf dem Hintergrund ihrer Biografie, ihren Werten und Zielen wahrgenommen fühlen. Erst auf der Basis dieser persönlichen Kenntnis geraten dann die tiefgreifenden persönlichen Themen, etwa nach der Erreichbarkeit beruflicher und persönlicher Ziele angesichts psychischer Probleme in den Blickpunkt und überschreiten eine einseitige, auf die Kontrolle der Symptome gerichtete Sicht- und Handlungsweise. Natürlich ist auch diese persönliche Bezogenheit nicht ohne Probleme – sie bedarf hoher persönlicher wie professioneller Kompetenz, um dem Betroffenen ein mitfühlender, unterstützender, jedoch auch neutraler Begleiter zu sein. Unerslässlich erscheint uns im Rahmen der Recoveryorientierung der Soterien die Anstellung von Genesungsbegleitenden, die eine große Bereicherung im Alltag darstellen, einen anderen Zugang zu den Betroffenen haben und die professionellen Mitarbeitenden auf konstruktive Weise hinterfragen und ergänzen.

### Zusammenfassung und Fazit

Wir haben in diesem Beitrag aufgezeigt, dass Soteria nicht nur eine alternative Behandlung akuter Psychosen bietet, sondern in der Praxis auch ein integriertes gemeindenahes Versorgungsmodell darstellt, das personale Kontinuität, Vernetzung mit komplementären sozialpsychiatrischen Angeboten und eine weitreichende Umsetzung des Recoverygedankens unter Einbezug der Behandlungsleitlinien ermöglicht. Im Ver-

gleich zur konventionellen stationären und ambulanten psychiatrischen Praxis kann Soteria viele der systemimmanenten Betreuungsprobleme abfedern. Die Gründe hierfür liegen vor allem darin, dass es sich bei den Soterien um kleine, gewachsene Einrichtungen handelt, aus denen sich je nach lokalen Erfordernissen zusätzliche Angebote und Vernetzungen ergeben haben. Zwar sind die Soterien als Teil des jeweiligen Gesundheitssystems denselben Abrechnungs-, Hygiene- und Verwaltungsregularien unterworfen wie alle anderen Anbieter, jedoch gibt es in dem kleinen überschaubaren Milieu mehr Möglichkeiten, über medizinische Tatsachen hinaus die Betroffenen personenzentriert in ihrer Genesung/Recovery zu unterstützen. Soterien sind kleine Systeme, die allein schon deshalb weniger Gefahr laufen, die unterschiedlichen Anliegen/Erfordernisse der Nutzenden aufgrund struktureller Gegebenheiten zu stark zu segmentieren oder gar zu reglementieren. Dies bedeutet keine Abkehr von Professionalität und Expertentum, sondern eine enorme Bereicherung der Erfahrungsmöglichkeiten und auch Zuwachs an Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden, was angesichts des überall herrschenden Fachkräftemangels sehr wichtig erscheint. Da Soterien entsprechend ihrer Grundhaltung über flache Hierarchien verfügen und eine weitgehende Gleichberechtigung der Mitarbeitenden und deren Funktionen leben, werden viel mehr Aufgaben in der Betreuung transprofessionell wahrgenommen. Menschen mit Psychosen werden von Anfang bis Ende von ihren Bezugspersonen begleitet. Gerade diese Rückkehr aus den Tiefen überstarker Institutionalisierung zu einer personenbezogenen, alltagsorientierten und respektvollen Unterstützung in einer lebensnahen Umgebung scheint Psychoseerfahrenen die Möglichkeit zu eröffnen, die eigene Problematik nicht nur biografisch, psychologisch oder auch existenziell zu betrachten, sondern eben auch als möglichen Ausdruck einer Störung im Gehirn.

Die Soteria-Behandlung ist sicher nicht passend für jede Person. Der Vorwurf jedoch, dass Soteria nur für besonders einsichtige und angepasste Betroffene geeignet sei, ist unzutreffend. Von der persönlichen Begleitung in Akutphasen können sehr viele Menschen profitieren. An Grenzen stößt diese Art der Begleitung lediglich bei Menschen, die in ihren Krisen persönliche Begleitung nicht tolerieren oder zu Gewalt neigen. Die Frage, wer auf der Soteria betreut werden kann, scheint deshalb zuallererst eine Frage des

Vertrauens zu sein, u. a. des psychiatrischen Umfelds in die Wirkung der Soteria, des Begleiters in die Tragfähigkeit der Beziehung sowie Betroffenen darin, dass ihm oder ihr in der Soteria geholfen werden kann.

Insgesamt sollte Soteria als Möglichkeit der Psychosebehandlung viel mehr Betroffenen in jeder Versorgungsregion eröffnet werden. Die organisatorisch und politisch Verantwortlichen haben nun mit der vorliegenden WHO-Handlungsanweisung (WHO-Guidance 2021), welche die Soteria ausdrücklich als gelungenes Beispiel einer personenzentrierten und menschenrechtsbasierten Behandlung benennt, ein Instrument in der Hand, das sie ermächtigt, Soteria-Angebote für alle Menschen, die an Psychosen leiden, zur Verfügung zu stellen.

### Anmerkungen

- 1 Zentrum für Psychiatrie Reichenau
- 2 Soteria Bern
- 3 Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

### Literatur

- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN (AWMF) (2019): S3-Leitlinie Schizophrenie. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.htm>
- CALTON T, FERRITER M, HUBAND N, SPANDLER H (2008): A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull*; 34 (1): 181–192.
- CIOMPI L, HOFFMANN H, BROCCARD M (2011): Wie wirkt Soteria? Heidelberg: Carl-Auer-System-Verlag.
- DAVIDSON L, CHAN K (2014): Common factors: evidence-based practice and recovery. *Psychiatr Serv* 2014; 65 (5): 675–677.
- GEKLE W (2020): Soteria Bern: Die kleinste Spezialklinik der Schweiz. *Psychiatrie & Neurologie*; 2: 19–22.
- HIRJAK D, REININGHAUS U, BRAUN U, SACK M, TOST H, MEYER-LINDENBERG A (2021): Sektorenübergreifende Therapiekonzepte und innovative Technologien: neue Möglichkeiten für die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*; <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01086-0>
- HURTZ R, BRIEGER P (2017): Soteria am Klinikum München-Ost. *Nervenheilkunde*; 36 (11): 903–913.
- INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT SOTERIA (IAS) (2017): Die Soteria Fidelity Scale. Verfügbar unter <https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2019/04/Soteria-Fidelity-Scale-Version-15.04.19.pdf>

- LYSAKER P, OLESEK K, WARMAN D u. a. (2011): Metacognition in schizophrenia: correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity. *Psychiatry Res*; 190 (1): 18–22.
- MOSHER L (2011): Soteria California und ihre amerikanischen Nachfolgeprojekte – therapeutische Elemente. In: Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (Hg.): *Wie wirkt Soteria?* Heidelberg: Carl-Auer-System-Verlag.
- NELSON B, TORREGROSSA L, THOMPSON A u. a. (2020): Improving treatments for psychotic disorders: beyond cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychosis*; 13 (1): 78–84.
- NISCHK D, RUSCH J (2019): What makes Soteria work? On the effect of a therapeutic milieu on self-disturbances in the schizophrenia syndrome. *Psychopathology*; <https://doi.org/10.1159/000501816>
- NISCHK D, DÖLKER C, RUSCH J, MERZ P (2015): From theory to clinical practice: A phenomenologically inspired intervention for patients with schizophrenia. *Psychopathology*; 48 (2): 127–136.
- NISCHK D, MERZ P, RUSCH J (2014): Aktuelles aus der Soteria – die Förderung lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten von Menschen mit Schizophrenien aus phänomenologischer Sicht. *Psychiatr Prax*; 41 (1): 45–49.
- O'KEEFFE D, SHERIDAN A, KELLY A u. a. (2018): 'Recovery' in the real world: Service user experiences of mental health service use and recommendations for change 20 years on from a first episode psychosis. *Adm Policy Ment Health*; 45 (4): 635–648.
- PARNAS J, MØLLER P, KIRCHER T u. a. (2005): EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*; 38 (5): 236–258.
- SCHMIDT M, UMAN T (2020): Experiences of acute care by persons with mental health problems: An integrative literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 27 (6): 789–806.
- SCHUSTER F, HOLZHÜTER F, HERES S, HAMANN J (2021): Einbeziehung von Bezugspersonen im Rahmen eines psychiatrisch-stationären Behandlungsverlaufes. *Nervenheilkunde*; 40 (6): 406–418.
- STANGHELLINI G, MANCINI M (2017): Other Persons: On the phenomenology of interpersonal experience in schizophrenia. *Psychopathology*; 50: 75–82.
- THIBEAULT C, TRUDEAU K, D'ENTREMONT M (2010): Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Arch Psychiatr Nurs*; 24 (4): 216–226.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) (2017): Hospital-based mental health services. WHO Guidance Report, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(70\)91853-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(70)91853-2)
- WYDER M, BLAND R, CROMPTON D (2013): Personal recovery and involuntary mental health admissions: The importance of control, relationships and hope. *Health*; 5 (03): 574–581.

#### Korrespondenzadresse

**Dr. Daniel Nischk**

Zentrum für Psychiatrie Reichenau  
Feursteinstr. 55  
78479 Reichenau  
[d.nischk@zfp-reichenau.de](mailto:d.nischk@zfp-reichenau.de)