

Was ist Soteria? Eine Standortbestimmung

H. Hoffmann¹; M. Voss²

¹Soteria Bern und Direktion Psychiatrische Rehabilitation der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern, Schweiz;

²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, AG Neuropsychologie und experimentelle Psychopathologie, Universitätsmedizin Berlin Charité

Schlüsselwörter

Soteria, Schizophrenie-Behandlung, Milieuthherapie, 1:1 Begleitung

Zusammenfassung

Seit Mosher in den frühen 1970er-Jahren die erste Soteria in Kalifornien gründete, haben sich die Behandlungsgrundsätze nur geringfügig verändert. Der milieutherapeutische Ansatz, der größtmögliche Alltagsnähe bietet, sowie das behutsame, unaufdringliche Begleiten („Dabei-Sein“), ggf. auch in konsequenter 1:1 Betreuung, sind die zentralen Aspekte von Soteria. Junge, akut psychotische Menschen werden in einer tragenden, Schutz gewährenden, reizarmen, vertrauensfördernden, familiären und weitgehend entmedikalisierten Atmosphäre behandelt. Diese Atmosphäre unterscheidet sich stark von der einer traditionellen Akutstation, in dem sie emotionale Entspannung und größere Alltagsnähe anbietet und jegliche Form von Zwang vermeidet. Die Wirksamkeit von Soteria basiert auf dem Zusammenwirken von psycho- und milieutherapeutischen Einzelaspekten zum Faktor der „nachhaltigen emotionalen Entspannung“.

Ungeachtet der unterschiedlichen Standorte und Rahmenbedingungen der heutigen Soteria-Einrichtungen ist der typische Geist, der in der Soteria herrscht, erhalten geblieben – dies gilt auch für die Stationen mit integrierten Soteria-Elementen. Die Soteria-Idee ist keinesfalls ein romantisches Relikt aus dem

Bemühen um eine menschlichere Psychiatrie oder der Anti-Psychiatrie, sondern kann – auch wenn sie letztlich ein Nischenprodukt geblieben ist – weiterhin als ein attraktives Schrittmachermodell für die Schizophreniebehandlung im 21. Jahrhundert gesehen werden.

Keywords

Soteria, schizophrenia treatment, milieu therapy, being-with

Summary

Since the first Soteria was founded in California during the early 1970s by Loren Mosher, the conceptual principles upon which Soteria is based have seen little change. The milieu-therapeutic approach and the “being-with” are both crucial in the treatment of young people who suffer from an acute psychosis. This approach is provided in a carrying, secure, low-stimulus, trusting, familial and largely de-medicalized atmosphere. This atmosphere differs largely from that of traditional acute hospital wards by offering emotional relaxation, closer proximity to the “regular” daily life of the user and avoiding any form of compulsion. The treatment success of Soteria is based on the combination of psycho- and milieu-therapeutic aspects to an overall factor of ‘sustainable emotional relaxation’.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Holger Hoffmann
Soteria Bern
Bühlstrasse 19A, CH-3012 Bern
hoffmann@spk.unibe.ch

What is Soteria? A positioning

Nervenheilkunde 2017; 36: 874–879
eingegangen am: 1. August 2017
angenommen am: 22. August 2017

Wie alles in Kalifornien begann ...

Die erste Soteria wurde 1971 vom amerikanischen Psychiater Loren Mosher in Kalifornien eröffnet zur Behandlung junger Menschen in psychotischen Krisen. Soteria (griechisch σωτηρία) bedeutet in diesem Kontext Schutz und Geborgenheit. Dieses alternative Behandlungsangebot war Ausdruck einer Ende der 1960er-Jahre aufkommenden antipsychiatrischen Bewegung, die sich gegen die inhumanen und eher heilungsverhindernden Behandlungsbedingungen in den überfüllten, deprivatisierenden und meist nach dem Prinzip der „totalen Institution“ funktionierenden Großkliniken (10) mittels hochdosierter Neuroleptika wehrte.

Mosher's Soteria House entstand im Rahmen eines größeren, aus staatlichen Mitteln geförderten Forschungsprojekts, dessen Ziel es war, eine alternative Behandlungsform zu evaluieren. Es wurde nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft geführt mit „Nonprofessionals“, die möglichst wenig von der gängigen Anstaltspsychiatrie „verbildet“ waren (12) und zu je zwei Personen in 24- oder 48-Stunden-Schichten im Soteria House zusammen mit den Nutzern lebten und den Alltag gestalteten. Freiwilligkeit, Milieuthherapie und ein enges, behutsames, mitfühlendes und kontinuierliches Begleiten durch die Krise („being with“) im Kontext einer kleinen, wohnlichen, ruhigen, unterstützenden, beschützenden und toleranten sozialen Umgebung sollten dazu beitragen, möglichst auf den Einsatz von Neuroleptika zu verzichten.

Das Soteria House war ein ruhig gelegenes Wohnhaus mit Garten, das bis zu zehn Menschen (inklusive Betreuern) Platz bot und ein idealer äußerer Rahmen für die Schaffung eines heilsamen, klinikfernen

therapeutischen Milieus war, welches als „ruhig, stabil, absehbar, beständig, klar und akzeptierend“ charakterisiert wurde (17). Unterschieden wurde zwischen „frühen Funktionen des Milieus“ in der ersten Phase der Erkrankung bzw. nach Eintritt in die Soteria (unterstützende Beziehung, Kontrolle der Reize, Erholungs- und Zufluchtsmöglichkeit sowie Akzeptanz und Wertschätzung der individuellen Erfahrung) und „späten Funktionen des Milieus“ in der Phase des Übergangs in den lebensweltlichen Alltag (Struktur, Einbeziehen, Sozialisieren, Zusammenarbeit, Verhandeln und Planen).

Mosher konnte in mehreren kontrollierten Studien zeigen, dass der Soteria-Ansatz der herkömmlichen Klinikbehandlung nicht unterlegen, sondern in einigen Outcome-Kriterien sogar überlegen ist (9, 11, 14, 16, 19). Auch wenn die Qualität der Studien z. B. bezüglich Fallzahl, Bedingungen der Randomisierung, Vereinheitlichung von Outcome-Kriterien keine allzu weitreichenden Schlüsse zulässt, lässt sich doch klar sagen, dass das veränderte Setting der Soteria bei besserer Akzeptanz seitens der Nutzer keine Nachteile mit Ausnahme deutlich längerer Aufenthaltszeiten zu haben scheint. Auch der Neuroleptika sparende Effekt des Soteria-Settings ist gut belegt. Mosher's radikale Haltung bezüglich einer Behandlung möglichst unter Verzicht des Einsatzes von Neuroleptika polarisierte jedoch stark und für viele wurde Soteria ein Synonym dafür.

Von der Antipsychiatrie zur Sozialpsychiatrie: Die Soteria Bern

Im Jahr 1983 musste das Soteria House in Kalifornien wegen der Einstellung der staatlichen Fördergelder geschlossen werden. Bereits ein Jahr später eröffnete der Schweizer Psychiater und Schizophrenieforscher Luc Ciompi die bis heute existierende *Soteria Bern*. Ciompi griff die Grundidee der Soteria in Kalifornien auf und entwickelte sie weiter. Das Element „Dabei-Sein“ und die Milieutherapie blieben Kern der Behandlung; auch der sparsame Umgang mit neuroleptischer Medikati-

on blieb bestehen, wenngleich der Einsatz von Neuroleptika nicht gänzlich abgelehnt wurde.

Jedoch wich Ciompi bei allen Übereinstimmungen auch in einigen Aspekten deutlich vom Ansatz Mosher's ab, was durchaus praktische Konsequenzen hatte (7). Während Mosher die „Theoriefreiheit“ quasi als Voraussetzung seines „being with“ hervorhob, betonte Ciompi die Soteria-Idee ganz explizit in ein theoretisches Konzept ein. Er betonte als wesentlichen Aspekt, ja als Ziel des therapeutischen Milieus den Faktor der „nachhaltigen emotionalen Entspannung“ und stellte dies in den Kontext seiner Theorie der Affektlogik (1982), in der Ciompi ein umfassendes, mehrdimensionales Krankheitsmodell der Schizophrenie entwickelt hatte. Ciompi gelang es, Mosher's Forschungsergebnisse zu replizieren (5).

Eine Besonderheit der Soteria Bern, die durch Ciompi entwickelt wurde, ist das Weiche Zimmer: ein heller, angenehmer, fast nur mit Kissen und Matratzen eingerichteter Raum, der gewissermaßen den Ort für das „Dabei-Sein“, die intensive und behutsame Begleitung eines Menschen gerade in der ersten, akuten Phase einer Psychose, darstellt. Das Team der Soteria Bern bestand (und besteht bis heute) je zur Hälfte aus einer Mischung von Professionellen und Laien. Die kontinuierliche Begleitung der Nutzer ist auch in Bern bis heute durch 48-stündige Anwesenheit derselben Betreuer gewährleistet. Ciompi war es ein wichtiges Anliegen, die Soteria in das damals sehr gut ausgebaute sozialpsychiatrische Versorgungssystem des Kantons Bern einzubetten und entsprechend zu finanzieren, anstatt wie Mosher, die Soteria explizit außerhalb jeglicher medizinischer Strukturen zu betreiben.

Nach Ciompi's Ausscheiden im Jahr 1998 wurde das Konzept und Angebot der Soteria Bern unter der Leitung von Holger Hoffmann stetig fortentwickelt. An Innovationen kamen eine Fokussierung auf systemische Ansätze mit Einbezug von Angehörigen, die Etablierung fester Gruppen (z. B. „Cannabis & Psychose“, Angehörigen und Ehemaligengruppen), Recovery-Ansatz und Peerarbeit, Aufbau einer Tagesklinik und ambulanter-aufsuchender Angebote sowie eine enge Vernetzung mit

Wohn- und Arbeitsangeboten inkl. Supported Employment hinzu (13).

Die Entwicklung in Deutschland: Soteria-Einrichtungen in Kliniken

1992 wurde das erste deutsche Soteria-Projekt auf einer Station der von Manfred Dörner geleiteten Westfälischen Klinik in Gütersloh eröffnet (15). Nach seiner Pensionierung wurde sie im Jahr 2000 geschlossen. Es folgte 1997 Frankfurt/Oder. Die anfangs durch Fördermittel unterstützte Einrichtung musste jedoch nach zwei Jahren Betrieb wieder geschlossen werden, da sich die Finanzierung nicht langfristig sichern ließ. Das Soteria-Projekt auf der Station 9 im Psychiatrischen Krankenhaus Gießen (1998–2014) vertrat als erste gezielt das Konzept der Station mit Soteria-Elementen. Im Jahr 1999 entstand in Zwielfalten in einem Haus am Rande des Zentrums für Psychiatrie eine weitere Einrichtung; es folgten die Soteria in München-Haar (2003), Stationen mit Soteria-Elementen in Friedberg (2003–2016), an der Medizinischen Hochschule Hannover (2004–2014), Aachen (2004–2014) und Bremen-Nord (2010– ca. 2014). 2012 wurden auf der Reichenau eine Soteria und in Bonn eine Soteria-Station eröffnet, 2013 nahmen die Soteria in Gangelt und Berlin den Betrieb auf. Letztere besticht durch den architektonisch äußerst gelungen Umbau einer internistischen Station zu einer Soteria-Einheit (20).

Die Implementierung von Soteria-Elementen in den stationären Krankenhausbetrieb (und nicht zuletzt die hiermit verbundene Verkleinerung der Behandlungseinheiten) ist ein mühsamer und nicht immer von nachhaltigem Erfolg gekrönter Ansatz. Das zeigte sich auch in jüngerer Vergangenheit: Eine 2014 feierlich als „erste Soteria-Station der Hansestadt“ eröffnete Station mit Soteria-Elementen am Asklepios-Westklinikum Hamburg wurde aus wirtschaftlichen Gründen bereits 2016 wieder in eine Viele-Betten-Station klassischer Prägung zurückgeführt.

Viele der genannten Projekte sind – zu meist mangels Unterstützung seitens der

Tab. Gegenüberstellung Soteria – Kliniksetting

Soteria-Milieu	Klassisches Krankenhaussetting
Kleines, normales, transparentes, entspannendes, reizgeschütztes Milieu	Unruhige, entfremdete, aufgeregte und teils von Gewalt geprägte Atmosphäre
Behutsame und kontinuierliche mitmenschliche Stützung und Begleitung	Viele Regeln, Tagesablauf von Therapieplänen bestimmt
Wenige Bezugspersonen	Häufiger Wechsel von Personal und Mitpatienten
Klare, gleichartige Informationen für Nutzer, Angehörige und Betreuer zur Erkrankung, Prognose und Behandlung	Unübersichtliche und unwohnliche Räumlichkeiten
Alltagsnähe, lebensweltliche Bezüge schon während des stationären Aufenthaltes Erarbeitung von gemeinsamen konkreten Zielen (z. B. Wohnen, Arbeit)	Wenig Alltagsnähe
Sparsame Verwendung von Neuroleptika	Häufig (zu) hohe Dosierung von Neuroleptika
Fokussierung auf Vorbotsymptome, Belastungen und Bewältigungsstrategien sowie Rückfallprophylaxe	Wenig Zeit für ausführliche Nachsorgeplanung

Klinikbetreiber – inzwischen nicht mehr in Betrieb. Sämtliche deutsche Soteria-Einrichtungen werden unter der Trägerschaft eines Krankenhauses betrieben, die Rahmenbedingungen und Behandlungsansätze der einzelnen Einrichtungen unterscheiden sich in einigen Details. Allen gemeinsam ist der Fokus auf die Schaffung eines Soteria-Milieus nach den Prinzipien von Mosher und Ciompi in einer kleinen Behandlungseinheit, die trotz Einbettung in Klinikstrukturen mit einer gewissen Eigenständigkeit arbeiten kann und sich klar vom Setting einer klassischen psychiatrischen Station abhebt (►Tab.).

Was die Umsetzung des Soteria-Konzeptes angeht, so müssen alle Soteria-Einrichtungen in Deutschland einige Kompromisse eingehen: keine vollständige Unabhängigkeit vom Krankenhausträger, höhere Bettenzahl, keine 24- oder gar 48-Stunden-Schichten der Mitarbeiter. Dennoch ist es gelungen, die wesentlichen Aspekte zu realisieren, die Soteria klar von einer klassischen Station unterscheiden. Die meisten deutschen Einrichtungen kommen mit einer Personalausstattung aus, die nur wenig über der in der Psychiatrie-Personalverordnung für die entsprechende Bettenzahl festgelegt liegt.

1997 haben sich die deutschsprachigen Soteria-Einrichtungen, Stationen mit Soteria-Elementen sowie weitere Soteria-inspi-

rierte Projekte in der „Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria“ (IAS) zusammengeschlossen und veranstalten jährliche Treffen. Die Eröffnung der Soteria-Station in Friedberg löste innerhalb der IAS die Kontroverse aus, ob sich eine Station mit integrierten Soteria-Elementen Soteria nennen dürfe (8). Dies führte zur Formulierung von entsprechenden Kriterien für Stationen mit integrierten Soteria-Elementen durch V. Bonnet und W. Machleidt (2006, www.soteria-netzwerk.de/Kriterien.htm) und der Entwicklung der „Soteria Fidelity Scale“. Mit der „Soteria Fidelity Scale“ wurde ein Instrument entwickelt, das die Soteria-Kriterien operationalisiert und als überprüfbare Strukturelemente etabliert. Die Skala mit 30 Items wird validiert und weiter optimiert; die aktuelle Version ist auf der Website der IAS abrufbar (www.soteria-netzwerk.de/Dokumente/Soteria_Fidelity_Scale.pdf). Mit dieser Skala kann überprüft werden, ob die Qualitätskriterien einer Soteria oder einer Station mit Soteria-Elementen entsprechen und bei welchen Kriterien Verbesserungsmöglichkeiten bestehen. Die Anwendung dieser Skala hat dazu geführt, dass die Zahl der Stationen mit Soteria-Elementen drastisch zurückgegangen ist. 2015 hat sich die IAS in einem Verein organisiert, um die Qualitätskriterien umzusetzen und ihre An-

strengungen, die Soteria-Idee weiterzubreiten, zu verstärken.

Wie wirkt Soteria?

Der Behandlungserfolg von Soteria basiert auf dem Zusammenwirken von psychologischen und milieuthérapeutischen Einzelaspekten zum Faktor der „nachhaltigen emotionalen Entspannung“. Die angstlösende Umgebung wirkt vorbeugend, bessernd und heilend. Besonders in der akuten Psychose ist eine verständnisvoll stützende, tolerante und entspannende Atmosphäre therapeutisch wirksam (7). Die Sicherheit vermittelnde Grundstimmung wird mit einer klaren, der ausufernden psychotischen Verwirrung Grenzen setzenden Haltung verbunden. Große Wichtigkeit kommt der Reizabschirmung zu. Der sehr weitgehende Schutz vor Außenreizen, mögliche Vertrautheit und Normalität im Umgangsstil sowie transparente Kleinräumigkeit des therapeutischen Milieus vermitteln emotionale Konstanz und Klarheit. Dadurch wird die psychotisch gestörte Informationsverarbeitung erleichtert. Dies ist der Grund, wieso unter Verwendung von weniger Neuroleptika, der gleiche Behandlungserfolg erzielt werden kann. „Soteria wirkt neuroleptikaartig, freilich ohne die entsprechenden Nebenwirkungen“ sagt Luc Ciompi (7) treffend.

Die Alltäglichkeit der Interaktion und Kommunikation in Soteria widerspiegelt die therapeutische und tätige Gemeinschaft und verdeutlicht bisherige familiäre Muster. Verstärkt wird dies durch die Tatsache, dass die Betreuer gemeinsam mit den Nutzern den Alltag bewältigen. Ihre Funktion ist am ehesten mit der von älteren Geschwistern zu vergleichen, jedoch können sie sich emotional distanzieren und abgrenzen. Soteria eröffnet durch ihre Familienähnlichkeit die Möglichkeit, kompensatorisch Prozesse nachzuholen und zu simulieren, wie sie auch in der Familie durchlaufen werden könnten.

Da emotionale Stimmungen und Haltungen bekanntlich hochgradig ansteckend sind, vermag jede Entspannung in einem Einzelsektor zudem in zirkulärem Wechselspiel die Entwicklung eines insgesamt beruhigenden und beruhigenden Gesamtmilieus

Kriterien

Soteria-Einrichtungen

Trotz aller Unterschiede stellten Mosher und Ciompi (19) eine Liste von insgesamt neun Soteria-Kriterien zusammen, die sie für essenziell hielten:

1. Setting: Klein, gemeindezentriert, offen, freiwillig, heimartig, mit nicht mehr als 10 Betten inkl. für zwei Staff-Mitglieder (ein Mann und eine Frau), die mit Vorteil in 24- bis 48-Stunden-Schichten arbeiten, um die nötige langfristige intensive 1:1 Betreuung zu gewährleisten.
2. Soziales Umfeld: Respektvoll, zuverlässig, klar, voraussagbar, Obdach, Sicherheit und Schutz während, haltend, mit individuell abgestimmter Stimuluskontrolle, Stützung und Sozialisation. Soll mit der Zeit als Ersatzfamilie erlebt werden können.
3. Soziale Struktur: Erhaltung von persönlicher Entscheidungsfreiheit und Autonomie zwecks Vermeidung der Entwicklung von unnötiger Abhängigkeit. Förderung von gegenseitigen Beziehungen. Minimale Rollendifferenzierung zwischen Staff und Nutzern zwecks Förderung von Rollenflexibilität, Beziehung und Kontakt. Gemeinsame Erledigung z. B. von täglichen Hausaktivitäten wie Kochen, Putzen, Einkaufen, Musizieren, künstlerische

4. Betätigung, Ausflüge zwecks Aufrechterhaltung des Bezugs zum Alltagsleben.
4. Betreuersteam: Eventuell psychiatrisch geschulte Berufsleute, speziell geschulte und ausgewählte Laien, ehemalige Nutzer, die in frühere Behandlungsprogramme einbezogen waren, oder eine Kombination dieser drei Kategorien. Berufsbegleitende Ausbildung durch Supervision der Arbeit mit Nutzern und Familien sollte bei Bedarf für sämtliche Betreuer verfügbar sein.
5. Zwischenmenschliche Beziehungen: Beziehungen haben zentrale Bedeutung für das Gelingen des Programms. Werden erleichtert durch ideologisch nicht festgelegte Betreuer, die der Psychose mit offenem Geist gegenüberstehen, positive Verlaufserwartungen vermitteln, das subjektive psychotische Erleben als real bewerten im Licht des Verständnisses, das sich durch „Mit-Sein“ und „Mit-Tun“ mit den Nutzern entwickelt. Keinerlei psychiatrischer Jargon soll im Umgang mit Nutzern gebraucht werden.
6. Therapie: Sämtliche Aktivitäten werden als potenziell „therapeutisch“ eingestuft. Keine formellen Therapiesitzungen mit Ausnahme von Familieninterventionen. Haus-

interne Probleme sollen in gemeinsamem Gespräch mit allen Beteiligten sofort angegangen werden.

7. Medikamente: Keine oder nur niedrig dosierte neuroleptische Medikation zwecks Vermeidung von akuten Dämpfungseffekten mit Unterdrückung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit. Zugleich Vermeidung von langfristig toxischen Wirkungen. Benzodiazepine können kurzzeitig zur Harmonisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus eingesetzt werden.
8. Aufenthaltsdauer: Soll genügend lang sein, sodass Beziehungen entwickelt, auslösende Ereignisse erkannt, versteckte schmerzhaft Gefühle erlebt und ausgedrückt und in die Kontinuität der persönlichen Lebensgeschichte eingeordnet werden können.
9. Nachbetreuung: Persönliche Beziehungen mit Betreuern und Nutzern nach der Entlassung sind zu ermutigen, um (wenn nötig) die Rückkehr ins normale Leben zu erleichtern und die Entwicklung von Netzwerken von Gleichgestellten mit Problemlösungspotenzialen in der Gemeinschaft zu fördern. Die Verfügbarkeit von Netzwerken, welche die Integration von Nutzern und des Programms selber in die Gemeinschaft befördern, ist von kritischer Bedeutung für den langfristigen Ausgang.

zu fördern, in welchem Vertrauen und, auf dieser Grundlage, tiefe zwischenmenschliche Begegnungen möglich werden.

Für wen ist Soteria geeignet?

Aufgrund der begleitend stattfindenden Forschung wurde die in der ersten Soteria in Kalifornien behandelte Personengruppe recht eng definiert (18 bis 30 Jahre alt, unverheiratet, sichere Diagnose Schizophrenie nach DSM-II-Kriterien, zuvor weniger als 30 Tage hospitalisiert). Die Begleitforschung zeigte auch, dass diese Zielgruppe vom Setting der Soteria profitierte (18). So war das Konzept der Soteria von Anfang an und ist bis heute auf die Behandlung von Menschen

mit akuten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ausgerichtet. Die Weiterentwicklung des Konzeptes durch Ciompi mit der Einbettung in die entsprechende Theorie der Affektlogik und die Einführung des Weichen Zimmers hat diese Ausrichtung weiter vertieft, aber auch dahingehend erweitert, dass es sich nicht mehr primär um Ersterkrankte handeln muss.

Für die Behandlung von Menschen mit einer Manie oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erwies sich die stets offen geführte Soteria weniger geeignet, da das Setting zu wenig strukturiert ist. Das Vorliegen einer manifesten Suchtproblematik gilt meistens als Ausschlusskriterium. Eine Ausnahme stellt der Konsum von Cannabis dar, der den Ausbruch einer akuten Psychose begünstigen kann. Die Soteria Bern hat

deshalb ein spezifisches Therapieangebot zum Thema „Cannabis und Psychose“ entwickelt, um die Nutzer im Sinne der Rückfallprophylaxe zu einem dauerhaften Verzicht von Cannabis zu motivieren (13).

Die Fokussierung auf eine weitgehend alters- und diagnosehomogene Gruppe fördert den „Peer-group“-Gedanken und den Ansatz therapeutischer Gemeinschaft, in der im Sinne der „tätigen Gemeinschaft“ der Alltag gemeinsam bewältigt wird.

Bilanz und Ausblick

Moshers Soteria-Konzept war revolutionär, löste ein großes Echo aus und polarisierte. Es fand jedoch vergleichsweise wenig Nachahmer, nicht zuletzt, weil es sich in

dieser radikalen Form als ökonomisch nicht überlebensfähig erwies. Auch Moshers Forderung, möglichst auf den Einsatz von Neuroleptika zu verzichten, war in dieser absoluten Form nicht aufrecht zu erhalten. Heute verwenden die meisten Soteria-Einrichtungen nur unwesentlich weniger Neuroleptika als traditionelle Kliniken, weil auch diese die Gabe von Neuroleptika im Vergleich zu den 1970er-Jahren deutlich – aber immer noch nicht im gewünschten Masse – gesenkt haben. Zudem erlauben die immer kürzeren Aufenthaltsdauern oft nicht den vollständigen Verzicht von Neuroleptika.

Ciampi war weniger radikal, erweiterte das Konzept und Bern zeigt, dass die Soteria auch längerfristig überlebensfähig ist, wenn sie sich weiterentwickelt. Jede neu eröffnete Soteria brachte ihre Besonderheiten ein, es entstand eine Vielfalt, bei der trotz großer Anpassungen an die örtlichen Gegebenheiten, stets der „Geist der Soteria“ zu spüren war. Diese Konzepttreue soll auch zukünftig durch die „Soteria Fidelity Scale“ sichergestellt werden. Verfechter des ursprünglichen Konzeptes Moshers kritisieren nicht ganz zu Unrecht, dass durch die schrittweisen Anpassungen an die jeweiligen existierenden Realitäten die revolutionäre Idee verraten wurde. Dies war der Preis, um die Soteria-Idee am Leben erhalten und weiterentwickeln zu können. Soteria ist weit davon entfernt, Mainstream zu sein, es wird auch in Zukunft ein Nischenprodukt mit Schrittmacherfunktion in der Psychosebehandlung bleiben.

Der Einsatz von Neuroleptika wurde nicht nur zu Moshers Zeit kontrovers diskutiert, sondern erhielt in letzter Zeit im Lichte neuer Erkenntnisse zu Langzeitfolgen von Neuroleptikatherapie neuen Auftrieb (1). Diese breit und wissenschaftlich geführte Debatte ist ein wichtiges Argument, den Soteria-Ansatz weiterzuverfolgen.

Neben der Idee, möglichst bereits die Erstbehandlung einer Psychose in der Soteria durchzuführen, kam in einigen Soteria-Einrichtungen die Früherkennung als weiteres Element dazu. So eröffnete die Soteria Bern 2011 gemeinsam mit den Universitären Diensten Bern ein Früherkennungs- und Therapiezentrum für beginnende Psychosen (FETZ). Die Soteria Reichenau

Fazit

Letztlich bleibt es eine wichtige Aufgabe, die Bedingungen stationärer Behandlung weiter zu verbessern und eine Vernetzung zu ambulanten Behandlungsformen sicherzustellen. Zur Optimierung stationärer Behandlung an einer Psychose erkrankter Menschen bietet die Soteria-Idee eine ideale Grundlage. Die ihr zugrunde liegende Haltung, der „Geist von Soteria“, hat in ihrer über 45-jährigen Wirkungsgeschichte wichtige Impulse zur Verbesserung psychiatrischer Behandlung und Versorgung gegeben. Für die Zukunft könnte gelten: Wenn schon stationär – dann (wenigstens) Soteria!

nennt ihre Einrichtung explizit „Frühbehandlungsstation für Psychosekranken“ und hat ein eigenes ambulantes Zentrum für Früherkennung etabliert. Die Soteria Berlin ist eng mit dem klinikeigenen FeTZ vernetzt. Dieser engen Vernetzung mit Früherkennungszentren liegt die Vorstellung zugrunde, dass Krankheitsverläufe durch eine gute, wenig stigmatisierende Erfahrung mit dem Versorgungssystem positiv beeinflusst werden können und eine Vernetzung mit dem ambulanten System besser gelingen kann.

Auch scheint Soteria wesentlich geeigneter, einen günstigen Übergang zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen im Sinne eines integrierten Behandlungskonzeptes herzustellen. Insbesondere die Verbindung von Soteria-Einrichtungen mit ambulanten Behandlungsteams, z. B. solchen, die nach den Prinzipien des Need Adapted Treatment Models (1, 3) arbeiten, scheint hier eine vielversprechende Weiterentwicklungsmöglichkeit der Soteria darzustellen.

Wesentliche Hinderungsgründe für den Ausbau des Soteria-Netzes in der Pflichtversorgung bleiben – neben den offenkundigen wirtschaftlichen Aspekten in Zeiten zunehmenden ökonomischen Drucks – die vielfältigen Vorurteile, denen Soteria immer dort begegnet, wo die Idee weiterhin als „sozialpsychiatrische Träumerei“ angesehen und auf die mangelnde Evidenz für die Wirksamkeit hingewiesen wird.

Neben Bemühungen, das Profil des Soteria-Ansatzes weiter zu schärfen und besser zu definieren (wie mit der Entwicklung der Soteria Fidelity Scale bereits begonnen), ist weitere Forschung zur Soteria dringend nötig. Zum einen müsste in kontrollierten Langzeitstudien mit größeren Fallzahlen und sowohl quantitativen wie auch qualitativen Zielparametern die Wirksamkeit des Settings weiter evaluiert werden. Auch die inzwischen deutlich verfeinerte Methodik der Neurobiologie (z. B. funktionelle Kernspintomografie, Elektronenzephalografie und Magnetoenzephalografie) könnte dazu beitragen, den „neuroleptikaartigen“, heilsamen Effekt des Soteria-Settings bei akut psychotischen Zuständen zu demonstrieren. So könnte Soteria sogar einen wichtigen Beitrag zur Verbindung und Integration der sich teilweise auch heute noch mit strikter Ablehnung begegnenden Lager der „biologischen Psychiatrie“ und der „Sozialpsychiatrie“ leisten (ganz im Sinne Ciompis!).

Interessenkonflikt

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Literatur

1. Aderhold V et al. (Hrsg.) Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial Verlag 2003.
2. Aderhold V et al. Frontale Hirnvolumenminderung durch Antipsychotika? Der Nervenarzt 2015; 86(3): 302–323.
3. Alanen YO. Schizophrenia – Its Origins and Need Adapted Treatment. London: Karnac. Dt: Alanen YO. Schizophrenie. Stuttgart: Klett Cotta 1997.
4. Calton T et al. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2008; 34(1): 181–192.
5. Ciampi L. Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta 1982.
6. Ciampi L et al. Das Pilotprojekt «Soteria Bern» zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. Nervenarzt 1993; 64: 440–450.
7. Ciampi L. Soteria Bern: Konzeptuelle und empirische Grundlagen, Wirkhypothesen. In: Ciampi, L et al. (Hrsg.): Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet. Bern: Hans Huber 2001.
8. Ciampi L et al. Soteria-Station“? – Zur Frage des Namens von psychiatrischen Krankenhaussta-

- tionen mit sog. Soteria-Elementen. *Krankenhauspsychiatrie* 2005; 16: 120–124.
9. Fenton W et al. A randomized trial of general hospital versus residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 516–522.
 10. Goffman E. *Asylums*. Garden City, N. Y.: Anchor 1961.
 11. Hoffmann H. Empirische Untersuchungen zu Soteria in den USA und Europa – Eine kritische Würdigung. In: Ciompi L et al. (Hrsg.) *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Hans Huber 2001.
 12. Hoffmann H. Zum Mythos der „Laienmitarbeiter“ in der Soteria. *Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 2009; 1: 21–23.
 13. Hoffmann H. Das Konzept der Soteria Bern. *Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 2013; 31/2: 7–8.
 14. Mosher L, Ciompi L. Kriterien für Soteria-Einrichtungen. *Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria*. 2004 www.soteria-netzwerk.de/krit-einrich.htm.
 15. Jiko I. Elemente der Soteria bewegen die Akutstation. In: Dörner K, Böker K. (Hrsg.) *Das Krankenhaus lernt laufen. Wie vollenden wir die De-Institutionalisierung verantwortungsvoll?* Gütersloh: Jakob van Hoddis 1996.
 16. Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, Menn AZ. A non-neuroleptic treatment of schizophrenia: Analysis of the two-year postdischarge risk of relapse. *Schizophr Bull* 1979; 5: 322–333.
 17. Mosher L. Soteria California und ihre amerikanischen Nachfolgeprojekte – Die Therapeutischen Elemente. In: Ciompi L et al. (Hrsg.) *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Hans Huber 2001.
 18. Mosher LR, Menn AZ. Community residential treatment for schizophrenia: Two year follow-up. *Hosp Com Psychiatry* 1978; 29: 715–723.
 19. Mosher L, Ciompi L. Kriterien für Soteria-Einrichtungen. *Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria*. 2004 www.soteria-netzwerk.de/krit-einrich.htm.
 20. Voss M, Danziger J. Gestaltung eines therapeutischen Milieus. *Nervenheilkunde* 2017; 36: 896–901.