

„Soteria-Station“? – Zur Frage des Namens von psychiatrischen Krankenhausstationen mit sog. Soteria-Elementen

L. Ciompi¹
H. Hoffmann²
S. Leisinger²

(“Soteria Ward”? – On the Name of Hospital Wards with so Called Soteria-Elements)

Zusammenfassung

Unter dem Namen „Soteria“ begründeten Mosher u. Menn 1971 in Kalifornien eine neuartige Behandlung von akut Schizophrenen in einer offenen, familienartigen spitalexternen therapeutischen Wohngemeinschaft. Eine gleichartige WG existiert seit 1984 u.a. in Bern. Neuerdings wurden gewisse sog. Soteria-Elemente mit Erfolg auch in allgemeinen psychiatrischen Krankenhausstationen eingeführt. Indessen bleiben, wie an einem konkreten Beispiel gezeigt, die Unterschiede zum Soteria-Konzept derart groß, dass die verwirrende Verwendung des gleichen Namens zu vermeiden ist.

Schlüsselwörter

Schizophrenie · Psychotherapie · Milieuthérapie · Soteria · Krankenhaus · Benennung

Abstract

Under the name of “Soteria”, Mosher and Menn created 1971 in California an innovative community-based treatment for acute schizophrenics in an open, family-like therapeutic community. A similar institution exists since 1984 in Berne/Switzerland. More recently, certain so-called “Soteria-elements” were successfully also introduced in general psychiatric hospitals wards. As showed by a concrete example, differences between such wards and Soteria remain, however, so important that the confusing use of the same name should be avoided.

Key words

Schizophrenia · psychotherapy · milieuthérapie · Soteria · hospital · classification

Ausgangssituation

Unter dem Namen „Soteria“ (gr. Befreiung, Geborgenheit, Erlösung) begründeten Loren Mosher und Alma Menn 1971 in San José/Kalifornien eine kleine und offene gemeindezentrierte Wohngemeinschaft zur psycho- und milieuthérapeutischen Betreuung von Menschen mit akut psychotischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis [1–3]. Leitidee dieser innovativen Alternative zur herkömmlichen Krankenhausbehandlung war die weitgehend medikamentenfreie mitmenschliche

1:1-Begleitung der psychotischen Krise in einer normalen, kleinräumig-familienartigen Wohnatmosphäre außerhalb jeder psychiatrischen Klinik. „Weg von der institutions- und medikamentendominierten Psychosenbehandlung und hin zum einzelnen Menschen mit seiner je besonderen Situation und Lebensgeschichte“ – so könnte man die Ziele von Moshers Alternativansatz plakativ zusammenfassen.

Seit über 20 Jahren (Mai 1984) betreiben wir selber unter dem Namen „Soteria Bern“ eine vom psychiatrischen Krankenhaus

Institutsangaben

¹ La Cour, Belmont-sur-Lausanne, Schweiz

² Soteria Bern, Schweiz

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Luc Ciompi · La Cour · Cita 6 · 1092 Belmont-sur-Lausanne · Schweiz ·

E-mail: cioluci@freesurf.ch

Bibliografie

Krankenhauspsychiatrie 2005; 16: 120–124 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

DOI 10.1055/s-2004-830274

ISSN 0937-289X

unabhängige gemeindenahe Wohngemeinschaft für maximal 8 Bewohner¹, die in allen Punkten dem Mosherschen Modell entspricht, abgesehen von einer weniger radikalen Medikamentenabstinenz und einer teilweise andersartigen theoretischen Ausgangsbasis [4,5]. Als zentralen Ort der kontinuierlichen mitmenschlichen 1:1-Betreuung durch die Psychose führten wir dabei u. a. ein so genanntes „Weiches Zimmer“ ein – einen fast nur mit Kissen und zwei Matratzenbetten für Patient und Betreuer ausgestatteten angenehmen Raum in individuell anpassbaren beruhigenden Farben. Das von Betreuern und Betreuten voll geteilte Alltagsleben orientiert sich am Begriff der „tätigen Gemeinschaft“ von Bleuler [6]. Sowohl die Moshersche wie unsere eigene Begleitforschung ergaben mindestens gleich gute und z. T. bessere Zweijahresresultate im Vergleich zur herkömmlichen Klinikbehandlung bei eher geringeren Kosten [3,7–9]. Entsprechend unserem integrativen Grundkonzept der Affektlogik [10,11], nach welchem alles Denken und Verhalten wesentlich von grundlegenden emotionalen Befindlichkeiten bestimmt wird, verstehen wir die akute Psychose als gravierende Lebenskrise verletzlicher Menschen, die emotional überfordert und kognitiv verwirrt sind. Die nachhaltige emotionale Entspannung, die in Soteria mit allen natürlichen Mitteln befördert wird, erscheint uns als der entscheidende gemeinsame Wirkfaktor hinter sämtlichen günstigen milieu-, psycho- wie auch pharmakotherapeutischen Einflüssen. „Soteria wirkt neuroleptikaartig, aber ohne die entsprechenden Nebenwirkungen“ – zu diesem etwas provokativen Schluss sind wir angesichts der Tatsache, dass aller Wahrscheinlichkeit nach auch die Neuroleptika über die emotionale Entspannung wirken, in unserem Buch „Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung – kritisch durchleuchtet“ letztlich gelangt [9].

Nachdem in den Neunzigerjahren eine Reihe von Versuchen, in Deutschland ähnliche autonome Einrichtungen zu schaffen, an administrativen, finanziellen und anderen Hürden gescheitert waren, entstehen dort in den letzten Jahren zunehmend krankenhausinterne Aufnahmestationen meist für Patienten aller Diagnosengruppen, in welche mit oder ohne expliziten Bezug zu Soteria sog. „Elemente“ des ursprünglichen Soteria-Modells nach Mosher und Ciompi funktionell integriert werden [12–15]. Als Soteria-Elemente werden u. a. eine offene Stationsführung, die Einführung des Bezugspersonensystems, die Einrichtung einer gemütlichen Wohnküche, evtl. eines Empfangstresens und eines „Weichen Zimmers“ verstanden, und als Hauptvorteil dieser Lösung wird, neben der leichteren Machbarkeit, insbesondere die weitgehend kostenneutrale Einbindung in die Regelversorgung sowie die Verfügbarkeit von „Soteria-Elementen“ für Patienten aller Diagnosengruppen hervorgehoben. Ob jedoch die Soteria-Idee innerhalb einer psychiatrischen Klinik überhaupt noch gültig umgesetzt werden kann, bzw. ob solche Stationen den Namen „Soteria“ zu Recht tragen, wird seit längerer Zeit inner- wie außerhalb der vor 7 Jahren in Bern gegründeten Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS) kontrovers diskutiert [12–14]. Bei aller Anerkennung der zweifellos durch den Einbezug von „Soteria-Elementen“ erzielbaren klinikinternen Verbes-

serungen äußerten Fachleute und Betroffene mit Einschluss der „Gründerväter“ von Soteria selber immer wieder die Befürchtung, dass der Soteria-Begriff im psychiatrischen Krankenhaus verwässert, missverstanden und zunehmend seines zentralen Gehalts entfremdet würde.

Verwirrend ist des Weiteren, dass unter anderen Namen in der Schweiz, gleich wie u. W. auch in Deutschland und vielen anderen Ländern, seit langem schon milieutherapeutischen Einrichtungen mit Soteria-Elementen im obigen Sinn existieren. Es handelt sich meist um klinikinterne oder -externe Spezialangebote für bestimmte Patientengruppen im Rahmen der Regelversorgung. Dies ist übrigens, entgegen einem verbreiteten Irrtum, durchaus auch für Soteria Bern der Fall, das von Anfang an eng in das regionale psychiatrische Versorgungsnetz eingebunden war und rund 90% aller bei Platz nach Zufallsprinzip aufgenommenen Psychosekranken adäquat zu behandeln vermag [8]. Zudem haben, wie die stark überlappenden Behandlungsgrundsätze belegen, ebenfalls die sozialpsychiatrische Kriseninterventionsstation Bern und andere regionale Institutionen, die unter der gleichen ärztlichen Leitung wie Soteria standen bzw. stehen, wichtige Soteria-Elemente integriert, ohne deswegen das Emblem „Soteria“ zu verwenden [vgl. hierzu [16], S. 119ff]. Auch schon Mosher und seine Mitarbeiter hatten das Soteria-Konzept im Rahmen von regionalen Versorgungssystemen für Patienten anderer Diagnosengruppen adaptiert, gaben indessen den betreffenden Institutionen ganz andere Namen, so z. B. „Crossing Place“ oder „McAuliffe House“ [3,17–20].

Loren Moshers Soteria-Kriterien

Als Beitrag für einen geplanten gemeinsamen Artikel zu diesem Problem formulierte Loren Mosher kurz vor seinem Tod im Sommer 2004 noch einmal die für ihn zentralen Soteria-Kriterien. Einleitend schrieb er hierzu u. a.: „In jüngerer Zeit hat sich eine Diskussion rund um die Integration von „Soteria-Elementen“ in psychiatrische Akutstationen entwickelt. Wir unterstützen an sich diese Bestrebungen. Aber wir sind der Meinung, dass die bloße Integration von Soteria-Elementen den Unterschied zwischen einer herkömmlichen psychiatrischen Station einerseits und Soteria Kalifornien und Bern andererseits nicht gerecht wird. Im Folgenden zählen wir eine Reihe von Charakteristika auf, die für die ursprünglichen Soteria-Projekte kennzeichnend sind [...]. Zwar müssen nicht unbedingt alle von ihnen in einer Soteria-artigen Einrichtung verwirklicht sein. Wir glauben aber nicht, dass bloß kosmetische Veränderungen von Akutstationen wie das Öffnen der Türen, die Einrichtung einer Wohnküche, das Tragen von Alltagskleidung durch die Betreuer und Ähnliches genügen, um ein Soteria-Milieu zu schaffen [...]. Vielmehr sind wir der Ansicht, dass Soteria-Programme allein schon dadurch, dass sie außerhalb eines Krankenhauses angesiedelt sind, den Originalen viel ähnlicher sehen als Akutstationen mit sog. „Soteria-Elementen“. – Für ein echtes „Soteria“ nennt Mosher die folgenden Kriterien:

- Das *Setting* soll klein, gemeindezentriert, offen, freiwillig und heimartig sein. Es soll nicht mehr als 10 Betten mit Einschluss von Schlafplätzen für zwei Betreuer (in der Regel ein Mann und eine Frau) umfassen, die mit Vorteil in 24–48-Std.-

¹ Soteria Bern hat rechtlich den Status einer psychiatrischen Klinik und der Aufenthalt wird dementsprechend über die Krankenkassen finanziert, die Patienten werden jedoch von uns Bewohner genannt.

- Schichten arbeiten, um die nötige kontinuierliche 1:1-Betreuung zu gewährleisten.
- Das *soziale Umfeld* soll respektvoll, konsistent, klar und voraussagbar sein. Es soll Obdach, Sicherheit und Schutz gewährleisten und Stimuluskontrolle, Unterstützung und soziale Kontakte je nach individuellen Bedürfnissen ermöglichen, so dass es mit der Zeit als Ersatzfamilie erlebt werden kann.
 - Die *soziale Struktur* der Institution soll dank flacher Hierarchie, minimaler Rollendifferenzierung zwischen Betreuern und Patienten und gemeinsamer Erledigung von täglichen Hausarbeiten wie Kochen, Putzen, Einkaufen, Musizieren, künstlerische Betätigung, Ausflüge etc. die persönliche Entscheidungsfreiheit, Selbständigkeit und andere normale Alltagsfertigkeiten erhalten, alle unnötigen Abhängigkeiten vermeiden und Rollenflexibilität und zwischenmenschliche Kontakte fördern.
 - Das *Betreuerteam* kann in wechselnder Kombination aus psychiatrisch geschulten Berufsleuten, speziell geschulten und ausgewählten Laien sowie ehemaligen Patienten bestehen, die in frühere Programme einbezogen waren. Für sämtliche Betreuer soll bei Bedarf eine berufsbegleitende Ausbildung mit Supervision der Arbeit mit Patienten und Familien zur Verfügung stehen.
 - Die *Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen* ist von zentraler Bedeutung für das Gelingen des Soteria-Konzepts. Sie wird gefördert durch ideologisch nicht festgelegte Betreuer, die der Psychose mit offenem Geist gegenüberstehen, positive Erwartungen vermitteln und das subjektive psychotische Erleben als real bewerten im Licht des Verständnisses, das sich durch „Mitsein“ und „Mittun“ mit den Patienten entwickelt. Keinerlei psychiatrischer Jargon soll im Umgang mit Patienten verwendet werden.
 - *Therapie*: Sämtliche Alltagsaktivitäten sind als potenziell therapeutisch zu nutzen. Mit Ausnahme von Familieninterventionen sollen keine formellen Therapiesitzungen stattfinden. Hausinterne Probleme sollen im gemeinsamen Gespräch mit allen Beteiligten sofort angegangen werden.
 - *Neuroleptische Medikamente* sollen zwecks Vermeidung von akuten Dämpfungseffekten, toxischen Nebenwirkungen und Unterdrückung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit nicht oder nur niedrig dosiert verschrieben werden. Benzodiazepine können zur Harmonisierung des Schlaf-Wachrhythmus kurzzeitig verwendet werden. – In einer ausführlicheren Zweitfassung von Punkt 7 betont Mosher außerdem die Gefahr der medikamentösen Distanzierung der Person von sich selber sowie die subtil negativen Wirkungen der routinemäßigen Verabreichung von Medikamenten auf das Soteria-Milieu, indem durch sie das biomedizinische Modell des „individuellen Defekts“ in dieses nicht-medizinische und atheoretische Setting einführt werde. Die Befunde aus Soteria Kalifornien würden im Übrigen zeigen, dass die medikamentenfreie Soteria-Behandlung Positivsymptome innerhalb von 6 Wochen ebenso wirksam zu reduzieren vermöge wie die medikamentendominierte Krankenhausbehandlung [21]. Auch wiesen die 43% in Soteria Kalifornien völlig neuroleptikafrei behandelten Patienten bessere Zweijahresergebnisse auf als die medikamentös behandelten hospitalisierten Kontrollpatienten². Auch sei der Langzeitverlauf der Schizophrenie heute deutlich schlechter als vor der Neuroleptika-Ära.
 - Die *Aufenthaltsdauer* muss lang genug sein, um die Entwicklung von tragenden zwischenmenschlichen Beziehungen zu ermöglichen, auslösende Ereignisse zu erkennen und verdrängte schmerzhaft Gefühle erleben, ausdrücken und in die Kontinuität der persönlichen Lebensgeschichte einordnen zu können.
 - Während der *Nachbetreuungsphase* nach der Entlassung sind persönliche Beziehungen zwischen Betreuern und Patienten zu ermutigen, um die Rückkehr ins normale Leben (wenn nötig) zu erleichtern und die Entwicklung von gemeindebasierten Netzwerken von Peers (?) mit Problemlösungspotenzialen zu fördern. Die Verfügbarkeit eines sozialen Netzwerks, welches die Integration von Patienten und des ganzen Soteria-Programms in die Gemeinschaft unterstützt, ist von kritischer Bedeutung für den langfristigen Verlauf.
- Das Berner Modell entspricht diesen Kriterien wie erwähnt in jeder Hinsicht, abgesehen davon, dass atypische Neuroleptika mit der Zeit weniger restriktiv verschrieben und bislang keine ehemaligen Patienten als Betreuer eingesetzt wurden. Die 8 zentralen Behandlungsgrundsätze von „Soteria Bern, s. [5, 7, 22] überschneiden sich denn auch breit mit den obigen 9 Punkten. Wichtige Zusatzpostulate, die im Dienst der angestrebten nachhaltigen emotional-kognitiven Entspannung stehen, stellen indessen die Forderung nach konzeptueller und personeller Kontinuität von der akuten Behandlungsphase bis zur Wiedereingliederung, nach klaren und gleichartigen Informationen für Patienten, Angehörige und Betreuer hinsichtlich der Erkrankung, ihrer Prognose und Behandlung, und nach der systematischen Erarbeitung von gemeinsamen konkreten Zielen und Prioritäten auf der Wohn- und Arbeitsachse mit Induktion von realistischen, vorsichtig positiven Zukunftserwartungen dar (Behandlungsgrundsätze 3, 4 und 6).

Zur Problematik einer „Soteria-Station“ am Beispiel der Friedberger Klinik

Anlässlich der Jahrestagung der IAS vom 28./29. Januar 2005 in der neubauten Psychiatrischen Klinik Friedberg in Hessen, wo vor kurzem eine durch Soteria-Elemente bereicherte sog. „Soteria-Station“ eröffnet wurde, stand die oben erwähnte Problematik mit Einschluss der adäquaten Namensgebung erneut zur Diskussion. Wir selber haben als vermeintlich gangbare Kompromisslösung zunächst vorgeschlagen, krankenhausinterne Stationen mit Soteria-Elementen gemäß dem Friedberger Beispiel „Soteria-Station am Krankenhaus...“ zu nennen. Nach der erst am Ende der Tagung erfolgten Besichtigung der Friedberger Station sehen wir uns indessen aus Verpflichtung den Mosherschen und eigenen Grundideen gegenüber gezwungen, diesen Vorschlag in aller Form wieder zurückziehen. Die Gründe hierfür sind, über die schon erwähnten allgemeinen Probleme jeder Krankenhaussituation hinaus, im Einzelnen die folgenden:

² Ähnliche Befunde wurden ebenfalls in Bern erhoben. Sie erklären sich indessen in erster Linie aus der selektiven Neuroleptikabehandlung besonders gravierender milieutherapieresistenter Fälle, vgl. [8].

- *Größe und allgemeine Disposition der Station*³: Die Station bietet dem Vernehmen nach Platz für 18 bis (bei Engpässen) maximal 22 Patienten. Sie ist rechteckig mit einer weiteren, ganz ähnlich aussehenden Klinikstation zusammengebaut. Am Eingang beider liegt je ein großer und dank einem Durchgang teilweise gemeinsamer vollverglaster Personal- und Büroraum mit freier Sicht auf die zwei schätzungsweise 30–40 m langen und 3 m breiten Zentralkorridore, welchen entlang sich alle nötigen Aufenthalts-, Schlaf- und Nutzräume gruppieren. Sämtliche Böden (mit Ausnahme des „Weichen Zimmers“, s. u.) sind mit spiegelglattem Linoleum belegt. Die ganze Atmosphäre entspricht klar derjenigen einer modernen psychiatrischen Klinikstation, in keiner Weise aber einer normalen Wohn- und Familiensituation. Schon wegen ihrer Größe scheint es ganz unmöglich, hier die für Soteria so wichtige kleinräumig-familiäre Lebens- und Kommunikationsatmosphäre zu verwirklichen.
 - *Zentraler Personalraum*: Der verglaste, mit Büroregalen, technischem Gerät und einem großen Konferenztisch versehene Personalraum beim Eingang dient primär der Überwachung der offenen Eingangstür, der Büroarbeit und der Versammlung des Betreuerteams. Schon der erste Eindruck für Besucher wie Patienten ist damit (im Unterschied auch zu der andernorts z. B. mittels eines hotelartigen Empfangstresen zum Ausdruck gebrachten Grundhaltung des „empowerments“) geprägt durch das Thema von Überwachung und Kontrolle. Auch verfügt das Personal damit über einen vom Lebensraum der Patienten scharf getrennten Rückzugsraum von hoher symbolischer und hierarchisch-statusmäßiger Bedeutung, welcher der therapeutisch zentralen Soteria-Idee des kontinuierlichen partnerschaftlichen Zusammenlebens im Sinn der „tätigen Gemeinschaft“ nach Bleuler diametral widerspricht.
 - *„Akutbehandlungsraum“*: Gefangen hinter dem Personalraum liegt ein kleiner und völlig nackter, einzig mit einem Bett möblierter abschließbarer sog. Akutbehandlungsraum, der durch ein Guckloch von außen einsehbar ist und dem Vernehmen nach in erster Linie der Unterbringung, Überwachung und ev. auch Fixierung von akut erregten Patienten dient. Auch dieses peinlich an die Isolierzellen alter psychiatrischer Großkliniken erinnernde Kämmerchen widerspricht der zentralen Soteria-Idee der ständigen mitmenschlichen Begleitung gerade auch von akut erregten Kranken in angstlösender Umgebung aufs krasseste. Die Vorstellung, dass ein Akutkranker hier allein in psychotischen Ängsten schmoren könnte, während nebenan medizinische Besprechungen, Kaffeekränzchen, Telefonate usw. stattfinden, ist mit der Grundidee von Soteria völlig unvereinbar.
 - *Wohnküche und Esssaal*: Die an sich sehr schön gestaltete und mit einem geräumigen Essraum verbundene Wohnküche wird dem Vernehmen nach wöchentlich nur 1–2 Mal zum gemeinsamen Kochen genutzt. Vom regelmäßigen Essen abgesehen bleiben diese dem Zentralgang angelagerten Räumlichkeiten meistens leer. Sie scheinen damit die für die Soteria-Atmosphäre so wichtige Funktion eines zentralen konvi-
- vialen „Herzens der Institution“ höchstens sehr sporadisch zu erfüllen.
 - *Zentraler Aufenthaltsraum*: Als wichtigster Gemeinschaftsraum dient dagegen ein geräumiges, vom Zentralgang durch eine geschlossene Tür abgetrenntes Raucherzimmer. Durch dieses ebenfalls an alte Großkliniken erinnernde Arrangement, das eher den Eindruck von Isolation und Rigidität als von Konvivialität vermittelt, scheint auch dieser Raum zu einer entspannten partnerschaftlichen Stationsatmosphäre im Sinn einer „tätigen Gemeinschaft“ nicht viel beizutragen.
 - *„Weiches Zimmer“*: Als einzige Besonderheit verfügt das relativ kleine, ebenfalls vom Zentralgang aus erreichbare „Weiche Zimmer“ nebst einem Bett über einen Spannteppichbelag in warmen Brauntönen. Seine Funktion wurde beim Besuch nicht recht klar; dem Vernehmen nach wird indes ein akut psychotischer Patient darin keineswegs durch alle seine krankhaften Ängste und Erlebnisse hindurch kontinuierlich begleitet, sondern man „schaut bloß von Zeit zu Zeit zu ihm herein“. Auch die für Soteria wichtigste therapeutische Forderung des „ständigen Dabeiseins“ bleibt somit unerfüllt.
 - *Gewöhnliche Patientenzimmer*: Die Zweier- oder Dreierschlafzimmer sind freundlich, aber ebenfalls wenig persönlich gestaltet und mit Krankenhausbetten möbliert, d. h. auch sie entsprechen mit ihren spiegelnden Linoleumböden weit mehr einem herkömmlichen Krankenhaus- als einem normalen persönlichen Lebensraum.
 - *Betreuerteam und Arbeitszeitmodell*: Das Betreuerteam ist entsprechend der üblichen Rollenaufteilung Arzt/Psychologe/Sozialarbeiter/Pflege etc. ohne Mitarbeit von speziell geschulten und ausgewählten Laien zusammengesetzt und arbeitet nicht in dem von uns für eine kontinuierliche Begleitung als besonders günstig erlebten 24–48-Std.-Schichten. Auch in diesem Bereich bestehen kaum Gemeinsamkeiten mit den postulierten Soteria-Kriterien.

Diskussion

Ein Vergleich der Klinikstation mit den obigen Soteria-Kriterien zeigt auf den ersten Blick, dass eine derartige „Soteria-Station“ mit den von Mosher und uns selber vertretenen Ideen praktisch nur noch den Namen gemeinsam hat. In der Tat bleiben darin sämtliche Kernforderungen von „Soteria“ – das kleine, familienartige und klinikexterne Normalmilieu, die kontinuierliche mitmenschliche 1 : 1-Begleitung durch die akute Psychose, die „tätige Gemeinschaft“ – gänzlich unerfüllt. Auch das zentrale Anliegen der Schaffung eines speziell auf die Bedürfnisse von akut Psychosekranken zugeschnittenen Behandlungsmilieus geht wegen der Durchmischung mit Patienten aller Diagnosegruppen verloren. Indes ist eine Sonderbehandlung für die verletzlichen und gravierend gefährdeten Schizophrenen u. E. mindestens ebenso indiziert wie etwa für Alkohol- oder Drogenkranke, Adoleszente, Depressive oder Borderline-Patienten, für welche zunehmend spezialisierte Einrichtungen geschaffen werden. Nicht zuletzt lässt sich im psychiatrischen Krankenhaus auch das – im Dienst der sozialen Entstigmatisierung, Normalisierung und Erhaltung alltäglicher Bezüge, Fertigkeiten und Selbstbilder ebenfalls zentral wichtige – Postulat der Gemeindenähe höchstens in Ausnahmefällen realisieren.

³ Die nur Teile der Station umfassende Besichtigung dauerte ca. $\frac{3}{4}$ Std. Es ist deshalb nicht auszuschließen, dass die nachfolgende Beschreibung gewisse Lücken oder Ungenauigkeiten enthält.

Es braucht kaum weiter betont zu werden, dass es uns mit dieser Stellungnahme in keiner Weise darum geht, die Verbreitung und Entwicklung von klinikinternen sog. Soteria-Elementen zu kritisieren oder gar zu behindern, ganz im Gegenteil: Dass derartige Stationen im Vergleich zum traditionellen psychiatrischen Krankenhausmilieu begrüßenswerte Verbesserungen darstellen, ist offensichtlich (siehe dazu auch [12]). Ebenso wenig ist selbstverständlich gegen die (wie erwähnt auch schon von Mosher und uns selber praktizierte) Einbindung modifizierter Soteria-inspirierter Institutionen in die Regelversorgung von Patienten aller Art einzuwenden. Aber milieutheraeutisch orientierte Einrichtungen mit einigen „Soteria-Elementen“, wie sie mit oder ohne direkten Bezug zu Soteria vielerorts seit langem existieren, deswegen schon mit dem in der internationalen Psychiatrie seit Jahrzehnten präzise definierten und von andersartigen milieutheraeutischen Ansätzen klar abgegrenzten Namen „Soteria“ zu belegen, führt u. E. nur zur Verwirrung und Täuschung sowohl der Fachwelt wie auch der Patienten, ihrer Angehörigen und der Öffentlichkeit. „Soteria“ ist nicht jede beliebige Milieutheraeutik oder punktuelle Verbesserung der Stationsatmosphäre, sondern ein konsistentes Gesamtkonzept zur Behandlung akut psychotischer Zustände. Eine unbestimmte Zahl von anderen Krankenhausstationen würden sonst die Bezeichnung „Soteria“ mit mindestens gleich viel Recht verdienen. Nichts als allseitige Missverständnisse wären, wie gerade auch das Friedberger Beispiel zeigt, ebenfalls von unserem eigenen ersten Vorschlag zur Namensgebung zu befürchten. Wir plädieren aufgrund dieser Erfahrung deshalb nun ganz eindeutig dafür, die explizite Bezeichnung „Soteria“ bei allen Institutionen zu vermeiden, die den Mosherschen Kriterien nicht sehr weitgehend entsprechen, dagegen den zumindest im deutschsprachigen Raum gut eingeführten Begriff von „integrierten Soteria-Elementen“ in der Beschreibung von entsprechend modifizierten Krankenhausstationen nicht nur zu verwenden, sondern der Öffentlichkeit auch gebührend zu erklären.

Literatur

- 1 Mosher LR, Menn AJ, Matthews S. Evaluation of a homebased treatment for schizophrenics. *Am J Orthopsychiat* 1975; 45: 455–467
- 2 Mosher LR, Menn AZ. Community residential treatment for schizophrenia: two-year follow-up data. *Hospital and Community Psychiatry* 1978; 29: 715–723
- 3 Mosher LR. Soteria California und ihre amerikanischen Nachfolgeprojekte. – Die therapeutischen Elemente. In: Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (Hrsg). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung – kritisch durchleuchtet*. Bern, Stuttgart: Huber, 2001: 13–41
- 4 Aebi E, Ciompi L, Hansen H. Soteria im Gespräch. Über eine alternative Schizophreniebehandlung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1993
- 5 Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne. An innovative milieutheraeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry* 2004; 3: 140–146
- 6 Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Aufl. neu bearbeitet von M. Bleuler. Berlin: Springer, 1983
- 7 Ciompi L, Dauwalder HP, Maier CH, Aebi E. Das Pilotprojekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. *Nervenarzt* 1991; 62: 428–435
- 8 Ciompi L, Kupper Z, Aebi E, Dauwalder HP, Hubschmid T, Trütsch K, Rutishauser CH. Das Pilot-Projekt „Soteria Bern“ zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. *Nervenarzt* 1993; 64: 440–450
- 9 Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (Hrsg). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung – kritisch durchleuchtet*. Bern, Stuttgart: Huber, 2001
- 10 Ciompi L. Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett-Cotta, 1982
- 11 Ciompi L. Gefühle, Affekte, Affektlogik. Ihr Stellenwert in unserem Menschen- und Weltverständnis. *Wiener Vorlesungen*. Wien: Picus, 2002
- 12 Kroll B. Mit Soteria auf Reformkurs. Ein Alternativprojekt bewegt die Akutpsychiatrie. *Gütersloh: Jakob van Hoddis*, 1998
- 13 Ciompi L. Soteria: Können die wirksamen Faktoren auch im Klinikalltag realisiert werden? *Nervenheilkunde*, 2/2001: 35–42, 78–83
- 14 Kroll B, Machleidt W, Debus S, Stigler M. Auswirkungen der Soteria-Idee in Deutschland und Österreich. In: Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (Hrsg). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung – kritisch durchleuchtet*. Bern, Stuttgart: Huber, 2001: 181–205
- 15 Wollschläger M. Soteria im Überblick. In: Wollschläger M (Hrsg). *Sozialpsychiatrie. Entwicklungen, Kontroversen, Perspektiven*. Tübingen: dgvt-Verlag, 2001: 490–503
- 16 Ciompi L (Hrsg). *Sozialpsychiatrische Lernfälle. Aus der Praxis – für die Praxis*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1985
- 17 Herrell JM, Fenton W, Mosher LR, Hedlund S, Lee B. Residential alternatives to hospitalization for patients with severe and persistent mental illness: should patients with comorbid substance abuse be excluded? *Journal of Mental Health Administration* 1996; 23: 348–356
- 18 Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM, Blyler CR. A randomized trial of general hospital versus residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness: Effectiveness and Cost. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 516–522
- 19 Fenton WS, Mosher LR. Crisis residential care for persons with serious mental illness. In: Martindale B, Bateman A, Crowe M, Margison F (Eds). *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*. London: Gaskell, 2000: 157–176
- 20 Fenton WS, Hoch JS, Herrell JM, Mosher LR, Dixon L. Cost and cost effectiveness of hospital versus crisis residential care for patients with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry* 2002; 59: 357–364
- 21 Mosher LR, Vallone R, Menn AZ. The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-week psychopathology outcome data from the Soteria project. *Int J Social Psychiatry* 1995; 41: 157–173
- 22 „Soteria Bern“. im Internet: www.soteria.ch