

INGO RUNTE

Begleitung höchst persönlich



INGO RUNTE

Ingo Runte, Jahrgang 1969, Dr. med., Dipl.-Päd., Studium in Münster. 1994/5 achtmonatige Mitarbeit in der therapeutischen Wohngemeinschaft ›Burch House‹, USA. 1998–2001 dreijähriges Training in kontemplativer Psychologie. Von 1998 bis 2001 tätig als Arzt in der neurologischen Klinik des Evangelischen Johannes-Krankenhauses, Bielefeld. Ab September 2001 Mitarbeiter der Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilungsleiter Prof. Dr. med. W. Machleidt.

Diese Arbeit wurde mit dem Forschungspreis 2002 der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ausgezeichnet.

INGO RUNTE

Begleitung höchst persönlich

Innovative milieu-therapeutische Projekte
für akut psychotische Menschen

Mit einem Vorwort von Wielant Machleidt

Forschung für die Praxis – Hochschulschriften

Psychiatrie-Verlag

DOI: 10.1486/9783884142752

Runte, Ingo: Begleitung höchstpersönlich : Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen.
Zugl.: , Univ., Diss., 2000
2. korrigierte Auflage 2002
ISBN 3-88414-275-5

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

© Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund
Satz: Marina Broll, Dortmund
Druck: WB-Druck, Rieden am Forggensee
Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Inhalt

Vorwort	9
Einleitung	11
I. Soteria-House San Jose, Kalifornien, USA	16
I. 1. Hintergründe	16
I. 1. 1. Der Beitrag von R. D. Laing	17
I. 2. Therapeutische Grundlagen und Leitideen	24
I. 3. Klientinnen und Klienten	26
I. 4. Das therapeutische Team	27
I. 5. Von der Begleitung zur Stabilisierung	28
I. 6. Beispielverlauf	30
I. 7. Soziale, organisatorische und zeitliche Strukturen	31
I. 8. Der Umgang mit Medikamenten	33
I. 9. Therapeutische Wirksamkeit und begleitende Forschung	33
I. 9. 1. Wirksamkeitsstudien	35
I. 9. 2. Studien über das Behandlungsmilieu und den Behandlungsverlauf	38
I. 9. 3. Studien über das Personal	41
I. 10. Meinungen und Kritiken über das Soteria-House San Jose	42
II. Burch House, Bethlehem, New Hampshire, USA	43
II. 1. Hintergründe	44
II. 2. Therapeutische Grundlagen und Leitideen	44
II. 3. Klientinnen und Klienten	48
II. 4. Das therapeutische Team	49

II. 5. Von der Begleitung zur Stabilisierung	52
II.5.1. Die Begleitung von Menschen in akuten psychischen Krisen	52
II.5.2. Das Burch House als Übergangseinrichtung	54
II. 6. Beispielverläufe	56
II. 7. Soziale, organisatorische und zeitliche Strukturen	59
II. 8. Der Umgang mit Medikamenten	61
II. 9. Therapeutische Wirksamkeit	62
II. 10. Meinungen und Kritiken über das Burch House	64
III. Soteria Bern, Schweiz	66
III. 1. Hintergründe	66
III.1.1. L. Ciompis Schizophreniemodell	67
III. 2. Therapeutische Grundlagen und Leitideen	69
III. 3. Patientinnen und Patienten	72
III. 4. Das therapeutische Team	73
III. 5. Von der Begleitung zur Stabilisierung	75
III. 6. Beispielverläufe	80
III. 7. Soziale, organisatorische und zeitliche Strukturen	82
III. 8. Der Umgang mit Medikamenten	82
III. 9. Therapeutische Wirksamkeit und begleitende Forschung	84
III.9.1. Wirksamkeitsstudien	85
III.9.2. Studien über das Behandlungsmilieu	90
III. 10. Meinungen und Kritiken über die Soteria Bern	92
IV. Das Windhorse-Projekt	95
IV. 1. Die Entstehung von Psychosen	96
IV. 2. Der Ablauf und die Inhalte einer Psychose	98
IV. 3. Therapeutische Chancen	102
IV. 4. Der Windhorse-Therapieansatz	106
IV. 5. Der Umgang mit Medikamenten	112
IV. 6. Beispielverläufe	112

V. Milieuthherapie und therapeutische Gemeinschaft	117
V. 1. Zur Definition von »Milieuthherapie« und »therapeutische Gemeinschaft«	117
V. 2. Geschichtliche Aspekte	118
V. 3. Milieutheraeutische Prinzipien	121
V.3.1. J. Gundersons fünf milieutheraeutische Prinzipien	122
V.3.2. Prinzipien therapeutischer Gemeinschaften nach M. Jones, J. Jørstad und A. Ploeger	124
V.3.3. L. Ciompis milieutheraeutische Vorstellungen	125
V.3.4. E. Podvolls Vorstellungen über therapeutische Gemeinschaften	128
V.3.5. F. Matakas milieutheraeutische Vorstellungen	129
V.3.6. Allgemeine Aussagen über Milieutheraeutie	130
V. 4. Therapeutisches Personal	131
V. 5. Risiken milieutheraeutischer Ansätze	133
V. 6. Milieutheraeutische Forschung	136
VI. Vergleich der Einrichtungen anhand Gundersons Milieutheraeutieprinzipien	142
VI. 1. Containment	142
VI.1.1. Der Umgang mit Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika	144
VI. 2. Unterstützung	148
VI.2.1. Die Phase der akuten Psychose	148
VI.2.1.1. Die konkrete Begleitung akut psychotischer Menschen in den vier Projekten	151
VI.2.1.2. Anregungen und Beispiele aus weiteren Begleitungsformen	154
VI.2.2. Die Phase der Stabilisierung	157
VI. 3. Struktur	161
VI.3.1. Betroffene	161
VI.3.2. Therapeutisches Personal	164
VI.3.3. Grenzen zwischen Betroffenen und dem therapeutischen Personal	171
VI.3.4. Personalschlüssel und Arbeitszeiten	176
VI.3.5. Supervision	177
VI.3.6. Der Umgang mit Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen	179
VI.3.7. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne psychiatrischen Hintergrund	180
VI.3.8. Gruppengröße	181
VI.3.9. Psychotherapie	182
VI.3.10. Organisatorische und zeitliche Strukturen	184
VI. 4. Mitbeteiligung	186
VI. 5. Validation	186
VI. 6. Zusammenfassung	189

VII. Allgemeine Ergebnisse und Zusammenfassungen	192
VII. 1. Zur Frage der Qualifikation des therapeutischen Personals	192
VII. 2. Zur therapeutischen Wirksamkeit der vier dargestellten Einrichtungen	194
VII. 3. Weitere Forschungen	198
VII.3.1. Offene Forschungsfragen	198
VII.3.2. Die Vorschläge von J. Strauss	199
VII.3.3. Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung	200
VII. 4. Wirtschaftliche Aspekte	201
VII. 5. Auf dem Weg zu einer Anthropologie der Psychosen	203
VII. 6. Aspekte einer möglichen psychiatrischen Versorgung der Zukunft	205
Anhang	211
A. Tabellen mit den Charakteristika der beschriebenen Projekte	212
B. The Oakland Therapeutic Community Experiment, Kalifornien, USA	216
C. Soteria Nacka »Crisiscenter«-Stockholm	224
D. Soteria an der Oder, Frankfurt	227
E. Soteria auf der psychiatrischen Station, Gütersloh	228
F. Villa Therapeutica, St.Gallen, Schweiz	230
G. Das Weglaufhaus, Berlin	232
H. Haus Auenland, Oberriexingen	237
I. Lung Fa Tang Temple, Kaohsiung County, Taiwan	238
J. Das Biotop Mosbach	240
K. Die Soteria Zwiefalten e. V.	241
L. Adressen	244
Literaturverzeichnis	245

Vorwort

Das Bild der Psychiatrie in Deutschland hat sich durch die Reforminitiativen in den vergangenen 25 Jahren vielerorts grundlegend gewandelt. Für die chronisch psychisch Kranken ist durch die wohnortnahe Erreichbarkeit gemeindepsychiatrischer Einrichtungen eine Verbesserung ihrer Lebensbedingungen erzielt worden, häufig verknüpft mit einer günstigeren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Im Laufe des Reformprozesses ist immer wieder daran erinnert worden, dass die innovative Entwicklung vorrangig den chronisch psychisch Kranken zugute kommen müsse. Diese Botschaft wurde durch die Institutionalisierung gemeindepsychiatrischer Beratungsstellen und flankierender Einrichtungen vielerorts mit Erfolg umgesetzt und findet in der neuerlichen gesetzlichen Garantie der Einrichtung von Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen eine wichtige Fundierung.

Die Psychiatriereform hat unstreitig wesentliche Strukturen psychiatrischer Institutionen insbesondere für die mittelfristige und Langzeitbehandlung geschaffen, nicht jedoch einen grundlegenden Wandel in der Akutbehandlung psychisch Kranker herbeigeführt. Dieser Bereich wird vorrangig als ein Eldorado der Pharmako-Therapie, weniger der Milieutherapie angesehen – auch von vielen Sozialpsychiatern. Es gab und gibt indessen eine professionelle Subkultur, die die Behandlung von Menschen in akuten psychischen Krisen seit Ende der 60er Jahre mit einigem Erfolg zum Experimentierfeld einer humanitären Reform der Akutpsychiatrie gemacht hat. Diese von der etablierten Psychiatrie eher als randständige Außenseitermodelle zögerlich wahrgenommenen Entwicklungen wurden von Betroffenen und Angehörigen interessiert verfolgt und engagiert diskutiert. Der Ruf nach einer Reform der Akutpsychiatrie wird immer lauter.

An dem sensiblen Punkt der Reform der Akutpsychiatrie setzt die wissenschaftliche Arbeit von Herrn Runte an, nicht etwa indem er die derzeit übliche akutpsychiatrische Behandlung Psychosekranker einer vernichtenden Universalkritik unterwirft, sondern indem er ihr positives Gegenbild entwirft. Er analysiert in seiner Studie die weltweit erfolgreichsten Alternativprojekte für die Behandlung akut psychosekranker Menschen, er stellt ihre therapeutische Methodik dar und analysiert ihre Vorzüge und Nachteile. Herr Runte ist dazu besonders gut befähigt, weil er (noch) nicht »professionell vorverbildet« ist, sondern als unbefangener Laie mit zugleich beteiligter und distanzierter Sicht die Projekte überwiegend aus eigener Beobachtung kennt. Er hat sich in ihre anthropologischen und philosophischen Entstehungsursprünge eingedacht und er überblickt die wissenschaftliche und Erfahrungsliteratur wie kein Zweiter. Er lässt Vision und Wirklichkeit von Soteria Kalifornien, Burch House, Windhorse-Projekt und Soteria Bern entstehen. Wer zwischen den Zeilen der theoretischen Entwürfe, der kulturellen Unterschiede, der kreativen Ausgestaltungswirklichkeiten und der Praxis des therapeutischen Vollzuges lesen kann, dem wird deutlich, dass in allen vier Modellen der Haltungswandel gegenüber dem psychisch Kranken auf ganz eigenwillige und darin wiederum auch ganz ähnliche Weise das Zentrum der Projekte ausmacht. Die Beziehungsgestaltung zum psychisch Kranken in ihrer ganzen Vielfalt ist das Paradigma, ein Paradigma, das diese extramuralen Modelle so grundlegend verschieden macht von den intramuralen. Es scheint so, dass man die psychiatrischen Institutionen verlassen muss, um zum psychisch Kranken recht eigentlich zu finden. Und das gelingt in »Häusern« besser als in »Institutionen«. Die »Haus-

Philosophie« vergegenwärtigt sich die Selbstverwirklichung von Menschen in *Beziehungen* und deren Bedeutung für die hochgradig individuellen Genesungsprozesse psychisch Kranker. Dies ist ein Stück originärer Soteria-Philosophie.

Diese hochgradige Individualität ist – so zeigt Herr Runte – nicht nur auf die Dualität oder Mehrdimensionalität der therapeutischen Beziehungen bezogen, sondern zeigt sich auch in der Ausgestaltung der Behandlungsmodelle. Die Modelle reflektieren die kulturellen Gegebenheiten ihres Entstehungslandes, die situativen Besonderheiten vor Ort und – dies nicht zuletzt – die nicht weniger hochgradige Individualität ihrer »Erfinder«. Deren anthropologisch-philosophische Herkunft, zusammen mit dem Zeitgeist der Umsetzungsphase und den Ausgestaltungsmotiven der Behandler und der Betroffenen prägen die Modelle. Entgegen der vielleicht bestehenden Erwartung, die Untersuchung könnte ein Modell favorisieren, das uniform universelle Anwendung finden könnte, legt das Ergebnis der Studie von Herrn Runte genau das Gegenteil nahe. Die aus der Erfahrung mit den Modelleinrichtungen resultierenden Erkenntnisse zeigen eindrücklich, daß vor dem Hintergrund einer annehmenden und auf Beziehungsknüpfung ausgerichteten Akutbehandlung eine Vielfalt praktischer Modellvollzüge denkbar ist.

Diese Einsicht ist wichtig für die Frage nach der Umsetzung, die Herr Runte nicht explizit, aber doch zwischen den Zeilen stellt: Ist eines dieser Modelle alltagstauglich für die Gemeindepsychiatrie in Deutschland? Wenn diese Modelle – und konkret im deutschsprachigen Raum Soteria, als das mit Abstand populärste – nicht nur ein interessantes Experiment und eine Ideenbewegung gewesen sein sollen, an denen sich einer der fruchtbarsten Psychiatriediskurse vollzogen hat, dann muss dieses Modell dem Härtesten der Alltags-tauglichkeit unterworfen werden und sich darin bewähren. In der institutionellen Praxis haben sich für Soteria bisher drei Implementierungsstrategien entwickelt. Dies sind die Kopie des Ursprungsmodells, die Verankerung von Soteriaelementen in stationär klinischen Settings und die Öffnung des Ursprungsmodells einer externen Soteria für eine allgemeinpsychiatrische Klientel unter den Bedingungen einer sektorierten Pflichtversorgung. Letzteres Modell kommt ohne eine psychiatrische Station am Allgemeinkrankenhaus für die Behandlung von gleichzeitig psychisch *und* somatisch Kranken nicht aus. Es verfolgt also eine Doppelstrategie. Eine externe Soteria wird mit einer allgemeinpsychiatrischen Station am Allgemeinkrankenhaus unter Integration von Soteriaelementen verbunden. Wenn dieses Modell den Anforderungen der Gemeindepsychiatrie in der Zukunft gerecht wird, könnte es ein Nachfolgemodell für die heutige psychiatrische Abteilung am Allgemeinkrankenhaus sein.

In einer Situation, in der die ideengeschichtliche Entwicklung und Erfahrungsbildung für die Implementierung von Alternativmodellen zur Akutbehandlung psychischer Krisen reif ist, erscheint es sinnvoll, sich die Ursprungsmodelle und ihre Entstehungsgeschichte zu vergegenwärtigen. Denn wer die Zukunft gestalten will, tut gut daran, sich der Ursprünge und Wurzeln zu versichern, um dem Geschaffenen für die Zukunft Bestand zu geben. Unter diesem Blickwinkel ist die Arbeit von Herrn Runte ein wertvoller Beitrag zur Verwirklichung von Alternativmodellen zur Behandlung akut psychisch Kranker oder besser noch zu einem Aufbruch in eine neue Zukunft der Akutpsychiatrie.

Wielant Machleidt, Hannover im Juni 2001

»Wer behauptet, er *wüsste*, dass es sich bei den so genannten psychischen Erkrankungen um das Resultat organischer Prozesse handelt, lügt. Er lügt genauso, wie derjenige, der behauptet, er *wüsste* dass es sich dabei um die Wirkung frühkindlicher oder vorgeburtlicher Erfahrungen, der Mutter-Kind-Beziehung oder der Familiendynamik handelt. Deswegen bleibt dem Arzt keine andere Wahl, als seine Patienten über die verschiedenen Theorien und Therapieformen mit ihren kurzfristigen und langfristigen Risiken und Chancen aufzuklären.« (Fritz B. Simon in BREGGIN 1996, S. 17)

»Ich beobachtete, dass Geisteskrankheit ausschließlich durch Milde der Behandlung und Zuwendung zum Geiste in vielen Fällen heilbar war.« (Philippe Pinel, 1745–1826, zitiert aus HEIM 1978, S. 11)

»Psychiatrie ist soziales Lernen.« (Maxwell Jones)

Einleitung

Diese Arbeit¹ verfolgt zwei grundlegende Ziele. Zunächst geht es um die **ausführliche Darstellung** von vier innovativen milieutherapeutischen Einrichtungen für akut psychotische Menschen. Innerhalb der Darstellung dieser vier Einrichtungen stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Von welchen therapeutischen Grundsätzen wird ausgegangen?
- Wie wird das therapeutische Milieu aus der Sicht des therapeutischen Personals gestaltet?
- An wen richtet sich die Einrichtung?
- Wie wird das therapeutische Team zusammengestellt?
- Wie geschieht konkret die Begleitung akut psychotischer Menschen?
- Welche Schwierigkeiten gibt es in der praktischen Realisierung der angestrebten therapeutischen Ziele?
- In welcher Beziehung stehen die von Psychosen Betroffenen und die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?
- Welchen therapeutischen Stellenwert besitzen Medikamente?
- Was sagen wissenschaftliche Studien über die therapeutische Wirksamkeit, den Charakter des therapeutischen Milieus und die Frage aus, für welche psychotischen Menschen Einrichtungen dieser Art geeignet sind?

1 Grundlage dieser Veröffentlichung ist meine im Oktober 2000 von der Medizinischen Hochschule Hannover angenommene Promotion über ›Innovative milieutherapeutische Projekte für akut psychotische Menschen‹. Ich habe aktuelle Entwicklungen und Literaturhinweise hinzugefügt, häufiger mich anstelle des wissenschaftlichen Autors sprechen lassen, den Urtext insgesamt gekürzt und ihn an manchen Stellen verändert, um ihn lesbarer und prägnanter zu machen. Der ursprüngliche Inhalt wurde von diesen Änderungen nicht berührt.

Diese Fragen ergeben sich hauptsächlich aus den Ergebnissen milieutherapeutischer Forschung zur Gestaltung eines therapeutischen Milieus (vgl. V.) und aus meinen eigenen Erfahrungen. Das **Windhorse-Projekt**, die **Soteria Kalifornien** und die **Soteria Bern** wurden ausgewählt, weil es im Vergleich zu den im Anhang erwähnten Häusern ein umfangreiches Literaturangebot und mehrere wissenschaftliche Studien über die beiden Soteria-Häuser gibt. Als therapeutischer Mitarbeiter gewann ich selbst einen Einblick in die Arbeitsweise des **Burch House**. Alle vier Einrichtungen können zudem auf einen mindestens zehnjährigen Erfahrungsschatz zurückblicken und bieten damit gute Chancen, auf die oben gestellten Fragen fundierte Antworten zu geben. Da das Windhorse-Projekt das einzige Projekt ist, das nicht an ein festes Haus gebunden ist, unterscheidet sich die Gliederung des Kapitels IV. von der der Kapitel I.–III.

In einem weiteren Schritt werden vor dem Hintergrund der Geschichte und Postulate der **Milieuthérapie** (Kap. V.) aus einer möglichst kritischen Distanz heraus die bisherigen therapeutischen Erfahrungen und Ergebnisse dieser vier Einrichtungen miteinander **ver-glichen** (Kap. VI.), um Gemeinsamkeiten festzustellen und Unterschiede aufzuzeigen, die für bestehende oder geplante milieutherapeutische Einrichtungen für akut psychotische Menschen von Nutzen sein könnten. In Kapitel VII. werden Aspekte aufgegriffen, die von allgemein-psychiatrischer Relevanz sind und sich aus den Kapiteln I.–VI. ergeben, zum Beispiel finanzielle Aspekte oder der Umgang mit Neuroleptika. In den Kapiteln VI. und VII. werden auch Autoren und Autorinnen herangezogen, die in keinem direkten Zusammenhang mit den hier beschriebenen Institutionen stehen, aber aus meiner Sicht erwähnenswerte Beiträge verfasst haben.

Die im Anhang beschriebenen Einrichtungen zeigen zum einen die große Bandbreite an milieutherapeutischen Einrichtungen für psychotische Menschen. Zum anderen werden Besonderheiten dieser Häuser und ihre Unterschiede zu den Einrichtungen der Kapitel I.–IV. in den Kapiteln V.–VII. mitberücksichtigt.

Es geht in dieser Arbeit also primär darum, die **Rahmenbedingungen** und die **konkreten therapeutischen Haltungen und Handlungen**, die für viele psychotische Menschen und ebenso für das therapeutische Personal hilfreich waren und sind, herauszustellen. Basierend auf einem **induktiven Ansatz** bediene ich mich vieler Zitate und Beispielverläufe. Eine weitergehende theoretische Aufarbeitung, zum Beispiel über den Sinn von Psychose oder Therapieziele für psychotische Menschen, kann aus Kapazitätsgründen nur in Ansätzen geleistet werden (vgl. VII. 5.).

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffs ›**Psychose**‹, die von allen hier dargestellten Einrichtungen benutzt würde. CIOMPI (1994, S. 269) weist darauf hin, dass der Begriff ›Psychose‹ in der Literatur selten genau definiert worden sei.

»Es ist schwierig, eine präzise sprachliche Bestimmung von Psychose zu formulieren, wengleich ich durchaus die Möglichkeit einer genauen phänomenologischen Beschreibung sehe, die sich aus dem Zusammensein mit einem Psychosekranken ergibt.« (GOLDBLATT 1995a, S. 224)

Unter den vielen Attributen, die von den in dieser Arbeit zitierten Autorinnen und Autoren im Zusammenhang mit dem Wort ›Psychose‹ benutzt werden, findet sich zumindest ein gemeinsames Merkmal: Ein mehr oder weniger deutlicher **Verlust der Beziehung zur Realität**.

Es gibt auch keine einheitliche Gruppe sog. schizophrener Erkrankungen.

»Es gibt nur eine Vielfalt von seelischen Störungen, die Eugen BLEULER zu Anfang dieses Jahrhunderts als Gruppe der Schizophrenien zusammengefasst hat. Sie sind in ihrem Erscheinungsbild und ihrem Verlauf so unterschiedlich, dass immer wieder zur Diskussion steht, ob alle unter diesem Oberbegriff zusammengefassten Störungen tatsächlich auch in eine Gruppe gehören.« (FINZEN 1995, S. 196)

Die Mehrzahl der psychotischen Menschen, auf die sich die Einrichtungen beziehen, wären von den meisten psychiatrischen Untersucherinnen und Untersuchern² in Abhängigkeit der jeweils gültigen Definitionskriterien vermutlich der Diagnosengruppe der »Schizophrenie« zugeordnet worden (vgl. I. 3.; III. 3.).³ Würde man das DSM-IV (1996, S. 40 ff.) anwenden, kämen die Kategorien »Schizophrenie und Andere Psychotische Störungen« sowie »Affektive Störungen« (d. h. Patientinnen und Patienten, die in manisch-depressiver Weise psychotisch erkrankt sind) in Betracht.

Im Vordergrund dieser Arbeit stehen »akut« psychotische Menschen. »Akut« meint im Gegensatz zu »chronisch«, dass die Betroffenen eine relativ kurze Psychosengeschichte haben. Auch die Begriffe »akut« und »chronisch« werden nicht einheitlich angewandt.

»Als »LangzeitpatientInnen« oder »chronisch psychisch Kranke« definieren Psychiater in der Regel diejenigen, die mehr als 1/2-1 Jahr in der Anstalt verbringen, bzw. diejenigen, die als in absehbarer Zeit nicht »heilbar« gelten (...).« (BRÜGGE 1994, S. 33)

Im Windhorse-Projekt und in der Soteria Bern der letzten Jahre (vgl. III. 3.) können auch Menschen mit anhaltendem, chronisch psychotischem Erleben aufgenommen werden (vgl. II. 3.; III. 3.; IV. 4.; VI. 3. 1.). Dies galt auch für das Burch House. Das Windhorse bezieht sich als einziges der Projekte explizit auch auf Menschen mit einer zu psychischen Beeinträchtigungen führenden organischen Gehirnerkrankung (vgl. IV. 4.).

Bei der Darstellung der Projekte habe ich weitgehend den Sprachgebrauch der jeweiligen Projekte übernommen. Im Burch House leben »Klientinnen und Klienten«, in der Soteria Bern »Patientinnen und Patienten«, etc. Begriffe können Menschen selten völlig gerecht werden. Wörter wie »Psychotikerin«, »Patient« oder »Betroffener« sind pragmatische sprachliche Hilfsmittel, die niemals alle Lebensdimensionen und Eigenschaften eines einzelnen Menschen umfassen können. Wenn ich Begriffe der medizinisch-psychiatrischen Nomenklatur benutze, beinhaltet das für mich eine vereinfachende, beschreibende Form, ohne Menschen diskriminieren oder stigmatisieren zu wollen, und ohne gleichzeitig etwas über Ursachen, Therapiemöglichkeiten und Prognosen so genannter psychischer Erkrankungen zu sagen.⁴ Falls ich männliche und weibliche Sprachformen nicht nebeneinander stelle, ist damit keine Benachteiligung von Männern respektive Frauen beabsichtigt.

2 Zum Problem der Zuverlässigkeit psychiatrischer Diagnosen vgl. u. a. CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 441).

3 Vgl. CARPENTER et al. (1977) und MOSHER et al. (1995, S. 171) zu Änderungen der Definitionskriterien.

4 Vgl. MATAKAS (1992, S. 166 f.): »Streng genommen ist das Verhalten oder das Empfinden eines Menschen selbst niemals krank. Allenfalls ist es durch eine Krankheit verursacht. Krankheit kann per Definition nur den Körper betreffen. (...) Mit der Attributierung »krank« ist auch die soziale Stellung des Patienten neu definiert (...). Er hat nun die Legitimation, gewissen sozialen Anforderungen nicht zu genügen, und den Anspruch auf besondere

Diese Arbeit wurde aus der Sicht eines von Psychosen nicht betroffenen, ehemaligen Mitarbeiters eines der dargestellten Projekte geschrieben. Um das Bild zu komplettieren, bedarf es mindestens noch der Perspektive von weiteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Betroffenen, Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen, Projektleiterinnen und -leitern.

Nach dieser ›offiziellen Einleitung‹ sei es mir erlaubt, ein paar persönliche Gedanken hinzuzufügen. Seit der Fertigstellung meines Urtextes Ende 1999 mussten einige der beschriebenen Projekte ihre Arbeit überwiegend aus finanziellen Gründen leider einstellen (s. II., Anhänge D., F. und H.). Da keines dieser Projekte Gelder von Krankenkassen erhielt, wird deutlich, wie schwer es ist, eine Einrichtung zur Begleitung psychotischer Menschen außerhalb des medizinisch-psychiatrischen Versorgungssystems zu etablieren. Dem Soteria-Arbeitskreis Hannover gebührt eine große Anerkennung dafür, dass seine Mitglieder seit vielen Jahren durchgehalten haben, um jetzt eine durch die Krankenkassen hoffentlich auf Dauer finanziell abgesicherte Soteria zu präsentieren. Auf ganz Deutschland bezogen klafft weiterhin ein **eklatanter Graben** zwischen den **subjektiven Vorteilen** und der **wissenschaftlich erwiesenen Wirksamkeit** psychosebegleitender Projekte auf der einen und den in der **etablierten Medizin** gängigen Tagessätzen, Forschungs-, Pharma- und Sponsorengeldern auf der anderen Seite.⁵

Die hier dargestellten milieutherapeutischen Therapieprinzipien sind aus meiner Sicht aufgrund zahlreicher Kontakte mit Betroffenen, Angehörigen und Professionellen von großer psychiatrischer Relevanz. Für mich änderte sich der Umgang mit und die Sichtweise auf psychotische Menschen radikal, nachdem ich es im Burch House real miterleben und noch meinen eigenen Beitrag dazu leisten konnte, wie ein psychotischer Mensch durch intensiven menschlichen Kontakt und ohne Psychopharmaka aus seiner Psychose befreit werden konnte (s. II. 6. d)). Noch heute zweifeln Vertreter der traditionellen Psychiatrie an der Wirksamkeit ›einfacher‹ menschlicher Zuwendung als effektivem und mitunter alleinigem Mittel zur Überwindung einer Psychose. Neben anderen Motiven geht es wohl auch um die Kernfragen, ob die Psychiatrie primär eine medizinische oder eine psychologische Disziplin ist, und ob Wahnsinn überhaupt Sinn machen kann, wenn man nur lange und intensiv genug versucht, ihn aus der Perspektive des psychotischen Menschen heraus zu verstehen. Was in psychiatrischen Kliniken oft mediziert, medikamentiert und unterdrückt wird,

Fürsorge. (...) Nun sind aber die Symptome einer psychischen Krankheit doch keine richtigen Symptome. Sie sind nicht dinghaft wirklich wie Fieber oder ein Tumor. Symptome psychischer Krankheiten haben unmittelbar Beziehungsqualität. (...) Das psychische Symptom definiert unmittelbar die soziale Beziehung des Patienten. Somit ist das Symptom im Bereich psychischer Krankheiten eigentlich die Krankheit selbst und in diesem Sinne kein Symptom. Man erkennt es auch daran, dass es zwar symptomlose körperliche Krankheiten, aber nicht symptomlose psychische Krankheiten geben kann.« Und BRÜGGE (1994, S. 44): »Bestimmte Verhaltensweisen und Symptome werden als psychische Krankheit benannt, dann wird – mangels Erkenntnissen über Entstehungszusammenhänge – die Krankheit selbst zur Erklärung eben dieses Verhaltens herangezogen. Es entsteht ein Circulus vitiosus (...). (...)

Diagnosen wie ›Schizophrenie‹ vermitteln immer den Eindruck als würden sie nicht nur Verhalten beschreiben, sondern auch erklären.«

5 Vgl. Anhang A., VII. 4.

ist in den hier beschriebenen Einrichtungen gerade erst der Ausgangspunkt für einen für die meisten Betroffenen positiv verlaufenden Prozess. Es ist eine grundlegend andere Herangehensweise, die ich selbst auch für einen kurzen Zeitraum kennen gelernt habe. Die von Fritz B. Simon im ersten Zitat dieser Einleitung geforderte Aufklärung über kurz- und langfristige Risiken und Chancen psychiatrischer Therapieformen muss stärker als bislang die **langfristigen Auswirkungen** der Anwendung von Psychopharmaka, insbesondere von Neuroleptika, betonen. In meinem klinischen Alltag habe ich viele Patientinnen und Patienten mit sehr quälenden und im sozialen Kontakt stigmatisierenden tardiven Dyskinesien erlebt, für die meist keine adäquate Behandlung zur Verfügung steht. Neben dieser wohl bekanntesten unerwünschten Neuroleptikawirkung müssten darüber hinaus die Beiträge von BREGGIN (1996, 1997) und LEHMANN (1996) sowie neuere neurobiologische Arbeiten mehr Beachtung finden, die schädliche Einflüsse gängiger Psychopharmaka auf unseren gesamten Organismus, inklusive unseres hoch empfindlichen Neurotransmitterhaushaltes und unserer neuronalen Plastizität, aufzeigen⁶ (s. auch VI. 1. 1.). Noch ein Hinweis zum Lesen dieses Buches. Manche Abschnitte sind Beiwerk, sehr speziell oder enthalten nichts wirklich Neues und können überflogen oder ausgelassen werden, ohne dass man dabei aus meiner Sicht die Hauptrichtung des Buches verliert, z. B. die Abschnitte über die theoretischen Psychosenmodelle, Details der Wirksamkeitsstudien, geschichtliche Aspekte, etc. Der für mich eigentliche Kern ist das Kapitel VI., insbesondere die Abschnitte VI. 2. 1. (Die Phase der akuten Psychose) und VI. 3. 3. (Grenzen zwischen Betroffenen und dem therapeutischen Personal).

Dem Psychiatrie-Verlag, insbesondere Herrn York Bieger und Frau Marina Broll, gebührt mein Dank für die kreative und unkomplizierte Zusammenarbeit. Kritiken, Korrekturen, Änderungsvorschläge, etc. sind herzlich willkommen. Entsprechende Post kann über den Psychiatrie-Verlag an mich weitergeleitet werden.

Mein herzlicher Dank geht an Volkmar Aderhold, Ulrich Annussek, Regina Bellion, Annette Berning, Paul Cashman, David Goldblatt, Erika Jäckel, Hans Kaufmann, Wielant Machleidt, Johanna Ryser, Peter Stastny, all die Menschen, die ich während meiner Zeit im Burch House kennen lernte, sowie an Hedwig, Lisa, Maria, Nikola, Renate und Uwe, die vielfältig das Zustandekommen dieses Buches gefördert haben.

Mein ganz besonderer Dank aufgrund der großen Unterstützung und einer nie endenden Geduld gilt Karin.

6 Vgl. Fritz B. Simon in BREGGIN (1996, S. 16): »Legt man konsequent wissenschaftliche Kriterien an, kommt man zu dem ernüchternden Fazit: Es gibt keinerlei eindeutige Hinweise auf eine körperliche Verursachung von ›Schizophrenie‹, ›Depression‹ oder ›manisch-depressiver Erkrankung‹; und die ›therapeutischen‹ Maßnahmen der biologischen Psychiatrie – von den Psychopharmaka bis zum Elektroschock – entfalten ihre Wirkung durch die Schädigung des Gehirns. Dies klar und unzweideutig herauszustellen und zu belegen ist das Verdienst Peter Breggins.« und TEUCHERT-NOODT, G.: Neuronal degeneration and re-organization: a mutual principle in pathological and in healthy interactions of limbic and prefrontal circuits. In: J Neural Transm (2000) 60: 315–333

»Es gibt Alternativen im Umgang mit Wahnsinn. Das Soteria-Projekt hat für eine dieser Alternativen wissenschaftliche Glaubwürdigkeit geschaffen. Kann Wissen politische Machtverhältnisse überwinden? Ich bezweifle das. Ärzte, Krankenhäuser und Pharmafirmen haben zu viel Macht. Ich lege jedoch mit Respekt die Soteria als Beweismaterial vor.« (L. R. Mosher in MOSHER et al. 1994, S. 99)

I. Soteria-House San Jose, Kalifornien, USA



Abb. 1. aus WARNER (1995, S. 112)

I. 1. Hintergründe¹

Als L. Mosher, einer der späteren Mitbegründer der Soteria Kalifornien, seine Facharzt-ausbildung zum Psychiater abgeschlossen hatte, ging er 1966 nach London, um dort eine Zusatzausbildung in Sozialpsychiatrie am Kingsley-Hall-Hospital unter der Leitung von R. Laing zu absolvieren.² Wieder in den USA übernahm Mosher eine Stelle als Leiter des Zentrums zur Erforschung der Schizophrenie am National Institute of Mental Health (NIMH), Rodeville, Maryland. Dieses Institut vergab unter anderem Stipendien für Forschungsprojekte. Nachdem eine Mitarbeitergruppe des Agnews State Hospital San Jose, Kalifornien unter Beratung von R. Laing, F. Perls und J. Perry mit einem Antrag zur Be-

1 Die Angaben zu diesem Abschnitt entstammen aus MOSHER et BURTI (1992, S. 12 ff.).

2 Laings psychiatrische Erklärungs- und Therapieansätze waren auch wegweisend für die Konzeption und Entstehung des Burch House (s. II.) und der Villa Therapeutica (s. Anhang F.). Unter I. 1. 1. wird seine Arbeit kurz dargestellt.

willigung von Geldern für ein alternatives Behandlungsprojekt gescheitert war, entwickelten L. Mosher, J. Silverman und J. Rappaport ein weiteres. Dieses sah nicht, wie zuvor geplant, eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, sondern ging von einem **gemeindeorientierten, nicht-stationären Behandlungsansatz** aus. Die Gelder für dieses Vorhaben wurden vom NIMH schließlich bewilligt und nach weiteren zwei Jahren Vorbereitungszeit wurde das Soteria-House im Mai **1971** in San Jose nahe San Francisco eröffnet. Um die Ergebnisse des Soteria-House zu überprüfen, wurde vier Jahre später in San Mateo in Nord-Kalifornien das Emanon-House gegründet.³ Beide Häuser arbeiteten mit unterschiedlichem Personal nach den gleichen Prinzipien und mit denselben Untersuchungsmethoden. Die Soteria musste trotz ihres nachgewiesenen therapeutischen Erfolges im November **1983** schließen, nachdem die staatliche Unterstützung eingestellt wurde. Emanon existierte von **1974–1980**. Die folgenden Abschnitte und auch die zitierte Literatur beziehen sich überwiegend auf das Soteria-House.

I. 1. 1. Der Beitrag von R. D. Laing

R. D. Laing (1927–1989) arbeitete nach Abschluss seines Medizinstudiums als Psychiater unter anderem in der britischen Armee, an der Tavistock Klinik, London, und später als Direktor der Langham Klinik, London. Von 1964 bis 1980 war Laing Vorsitzender der neu geschaffenen ›Philadelphia Association‹. Tätigkeitsfelder dieser Organisation sind therapeutische Angebote für Menschen mit psychischen Störungen aller Art, sozialphänomenologisch orientierte Forschungen zu Ursachen, Prävention und Therapie psychischer Krankheiten, sowie die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Seit ihrer Gründung unterhält die Organisation bis heute mehrere therapeutische Wohngemeinschaften in London (vgl. COOPER et al. 1994; BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 78 ff.) und unterstützt manche Klientinnen und Klienten auch finanziell. Besonderen Bekanntheitsgrad erreichte das **Kingsley Hall** (1965–1970), eine von Laing und A. Esterson gegründete therapeutische Gemeinschaft, »in der Menschen in einem nicht pathologisierenden Kontext ihre psychotische Erfahrung durchleben konnten. (...) Vielleicht wäre *sie* erst die Einführung des Subjekts in die Psychiatrie« (ADERHOLD 1994, S. 87).⁴

Laings besonderes Interesse galt schizophrenen Menschen. Im Gegensatz zur traditionellen klinischen Psychiatrie und Psychopathologie, welche Laings Ansicht nach Patientinnen und Patienten weitestgehend als ein Objekt und Symptomträgerinnen und -träger einer

3 Soter (alt-griechisch) bedeutet Befreier, Retter, Erlöser. In frühen christlichen Schriften wurde Jesus Christus so bezeichnet. Soteria kann bedeuten: Befreiung, Rettung, Erlösung, Erhaltung, Beistand, Beschirmung, Geborgenheit, Sicherheit, Wohlergehen, Glück, Heil. Der Begriff ›Soteria‹ beinhaltet in seinen Übersetzungsmöglichkeiten unterschiedliche Dimensionen: Die ›Idee‹ der Rettung, den ›Prozess‹ des Beistands, das ›Ziel‹ des Wohlergehens und die ›Hoffnung‹ des Heils. (Diesen Hinweis verdanke ich Prof. Dr. H. Mair, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Westfälische Wilhelms Universität Münster.) Emanon ist die rückwärtige Buchstabierung von no name.

4 Eine der bekanntesten Bewohnerinnen des Kingsley Hall ist Mary Barnes. Das Durchleben ihrer psychotischen Erfahrungen ist ausführlich beschrieben worden (vgl. BARNES et BERKE 1972).

Krankheit behandelten, entwickelte Laing einen eigenen **subjektorientierten, existenziell-phänomenologischen Ansatz**.⁵

»Keiner *hat* Schizophrenie, wie man eine Erkältung hat. Der Patient hat keine Schizophrenie ›bekommen«. Er ist schizophr. Der Schizophrene muss kennen gelernt werden, ohne zerstört zu werden. Er wird entdecken müssen, dass das möglich ist. Der Hass des Therapeuten wie auch seine Liebe sind darum im höchsten Grade wichtig. Was der Schizophrene für uns ist, bestimmt sehr weitgehend, was wir für ihn sind und folglich seine Aktionen.« (LAING 1972, S. 41)⁶

Die Verhaltensweisen eines schizophrenen Menschen könne man als »Symptome« einer ›Krankheit« (a. a. O. S. 37), angebrachter aber als »Ausdruck seiner Existenz« (a. a. O. S. 37) interpretieren. Die Diagnose Schizophrenie habe primär eine sozial-politische Funktion.

»Schizophrenie« ist eine Diagnose, ein Etikett, das einige Leute anderen Leuten anhängen. Das beweist nicht, dass der Etikettierte einem essenziell pathologischen Prozess unbekannter Natur und Ursache unterworfen ist, der *in* seinem oder *in* ihrem Körper vor sich geht. Das bedeutet nicht, dass der Prozess primär oder sekundär *psychopathologisch* ist und *in* der *Psyche* des Betroffenen vor sich geht. Aber es etabliert ein soziales Faktum, dass der Etikettierte einer von ›denen‹ ist. Leicht vergisst man, dass der Prozess nur eine Hypothese ist, nimmt an, dass er ein Faktum ist, und kommt dann zu dem Urteil, dass er biologisch die Fehlanpassung fördert und daher pathologisch ist. (...) Es gibt keinen solchen ›Zustand‹ wie ›Schizophrenie‹; doch das Etikett ist ein soziales Faktum und das soziale Faktum ein *Politikum*.« (LAING 1969a, S. 108 ff.)

Existenziell-phänomenologische Deutungen sind für Laing Schlussfolgerungen über die Art und Weise, in der die oder der andere fühlt und handelt. Man könne den Wahnsinn

5 Zu den verschiedenen Kritiken an seinem Werk schrieb Laing: »Es ist mir nie eingefallen, geistig-seelisches Leiden zu idealisieren oder Verzweiflung, Zusammenbruch, Folterqualen oder schreckliche Ängste zu romantisieren. Ich habe nie behauptet, Eltern oder Familien oder die Gesellschaft ›verursachten‹ Geisteskrankheiten, entweder im genetischen Sinn oder umweltbedingt. Ich habe nie geleugnet, dass es psychische Strukturen und Verhaltensmuster gibt, die kaum zu ertragen sind. Ich habe mich nie einen Anti-Psychiater genannt und habe den Begriff (...) von Anfang an abgelehnt. Ich stimme allerdings der anti-psychiatrischen These zu, wonach die Psychiatrie im Großen und Ganzen so arbeitet, dass sie jene Elemente ausschließt und zügelt, die die Gesellschaft ausgeschlossen und gezügelt haben will.« (LAING 1987, S. 25) »However, care must be taken that decisions are not made for others based on our values in the name of expertise, or an elitist class is created. This is precisely what R. D. Laing (...) was against, and it is the origin of the term *antipsychiatry*. (...) Laing told me that he had never been opposed to biological psychiatrists, but rather to psychoanalysts who put people in diagnostic categories from a stance of subjective prejudice.« (GOLDBLATT 1995c, S. 167)

6 Vgl. CIOMPI (1994, S. 336): »Schizophrene ›haben‹ eben nicht (...) eine Krankheit, so wie man (angeblich) eine Grippe, einen Rheumatismus oder sogar eine zerebral-organische Affektion (...) ›hat‹. Schizophrene und Schizophreniegefährdete sind nach unserer Vorstellung in erster Linie verletzte Menschen, die unter bestimmten Umständen leichter als andere in spannungsvolle Verwirrung und, über allerhand Wechselwirkungen, schließlich in psychotische Verhaltensweisen verfallen. Sie sind vom Gesunden und ›Normalen‹ keineswegs grundverschieden.«

und den Prozess des Wahnsinnigwerdens verständlicher machen als dies bis dato für möglich gehalten wurde, wenn man versuche, sich auf die innere Welt eines schizophränen Menschen einzulassen.

»Die Theorie der Interpretation oder Entzifferung von hieroglyphischen oder alten Texten ist im letzten Jahrhundert durch Dilthey weiter vorangetrieben und explizit gemacht worden als die Theorie der Interpretation psychotischer ›hieroglyphischer‹ Sprechweise und Aktion.« (LAING 1972, S. 38)

Laing kritisierte darüber hinaus eine rein individuumszentrierte Sichtweise. Man habe es nicht nur mit der Untersuchung von Individuen zu tun, »sondern mit der von Situationen« (LAING 1969b, S. 14; Hervorh. im Original). Da jeder Mensch in einem sozialen Kontext lebt, könne man ihn nicht isoliert davon betrachten. Ohne Kenntnis des gesellschaftlichen Umfeldes und des sozialen Systems, in dem ein Mensch seine Psychose entwickelt habe, müssten ›verrückte‹ Worte und Handlungen unverständlich bleiben. Laing sah eine **Psychose als einen Versuch an, einem unerträglichen familiären oder sozialen Druck zu entkommen** (vgl. LAING 1969a, S. 104 ff.).⁷ Unsere Zivilisation würde elementare Bedürfnisse nach Kreativität, Lebendigkeit und Selbstentfaltung unterdrücken und sei in ihren eigenen Normen und Werten selbst gespalten und schizoid.

»Im Kontext unseres gegenwärtigen durchdringenden Wahns, den wir Normalität, Gesundheit, Freiheit nennen, sind alle unsere Bezugsrahmen unklar und fragwürdig. Ein Mensch, der es vorzieht, lieber tot als rot zu sein, ist normal. Ein Mensch, der sagt, dass er seine Seele verloren habe, ist verrückt. Ein Mensch, der sagt, dass Menschen Maschinen sind, kann ein großer Wissenschaftler sein. Ein Mensch, der sagt, dass er eine Maschine ist, ist ›depersonalisiert‹ im psychiatrischen Jargon.« (LAING 1972, S. 11) Diese gesellschaftlichen und weitere interpersonelle Zwänge und Widersprüche würden sich vor allem in familiären Strukturen und Verhaltensweisen ausdrücken und fortsetzen (vgl. LAING 1974). Ein schizophrener Mensch ist somit ein Spiegelbild seiner augenblicklichen sozialen Umwelt, ein Symptomträger der allgemeineren Familienpathologie.

»In mehr als hundert Fällen haben wir⁸ die Begleitumstände des sozialen Geschehens untersucht, wenn jemand für schizophran gehalten wird. Unserer Meinung nach stellen dabei *ohne Ausnahme* Erfahrung und Verhalten, wenn sie als schizophran gelten, *eine spezielle Strategie dar, die jemand erfindet, um eine unerträgliche Situation ertragen zu können*. In seiner Situation hat er erkannt, dass er sich in einer unhaltbaren Position befindet. Er kann keine Bewegung machen oder unterlassen, ohne widersprüchlichen und paradoxen Zwängen und Ansprüchen, Puffen und Schüben von innen (sich selbst) und außen (Umwelt) ausgesetzt zu sein. Er ist sozusagen matt gesetzt.« (LAING 1969a, S. 104)⁹

Laing schlug eine Methode der sozialen Diagnose (vgl. LAING et ESTERSON 1975) und

7 Vgl. TIMELIFE (1992, S. 77): »In einem berühmt gewordenen Aphorismus bezeichnete er die Schizophrenie als eine gesunde Reaktion auf eine kranke Welt.«

8 Gemeint sind D. Cooper, A. Esterson und R. D. Laing, vgl. LAING et ESTERSON (1975).

9 Vgl. ein Forschungsergebnis zur Soteria Bern (s. III. 9.): »In einer weiteren kasuistischen Studie ergaben sich psycho- und soziometrisch Hinweise auf parallele Veränderungen zwischen innerpsychischen Konstellationen beim ›designierten Patienten‹ einerseits, und den Familienstrukturen andererseits (MAIER et TRÜTSCH 1993).« (CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 448)

die Etablierung einer »Wissenschaft von den Personen« (LAING 1972, S. 24) vor, welche danach streben sollte, die individuelle Lebensgeschichte eines Menschen aus dem Kontext seiner sozialen Erfahrungen heraus verstehbar zu machen.

Grundlegende Vorstellung des schizoiden¹⁰ Zustandes ist für Laing die komplexe Spaltung eines Menschen in einen Körper als »Kern seines *falschen Selbst*« (LAING 1972, S. 84), welcher »ein Objekt unter anderen Objekten in der Welt« (a. a. O. S. 84) ist, und ein davon losgelöstes »unverkörpertes, ›inneres‹, ›wahres‹ Selbst« (a. a. O. S. 84), welches hyperbewusst das ›falsche Selbst‹ kontrolliert (s. Abb. 2 und 3). Zwischen ›**wahrem**‹ und ›**falschem Selbst**‹ kann es sehr differenzierte Beziehungen geben und beide können auch in weitere Subsysteme zerfallen. Es ist zum Beispiel möglich, dass »das innere Selbst sich spaltet, um eine sadomasochistische Beziehung zu sich selbst zu haben« (a. a. O. S. 102).

Laings Darstellung des normalen und schizophränen Zustandes

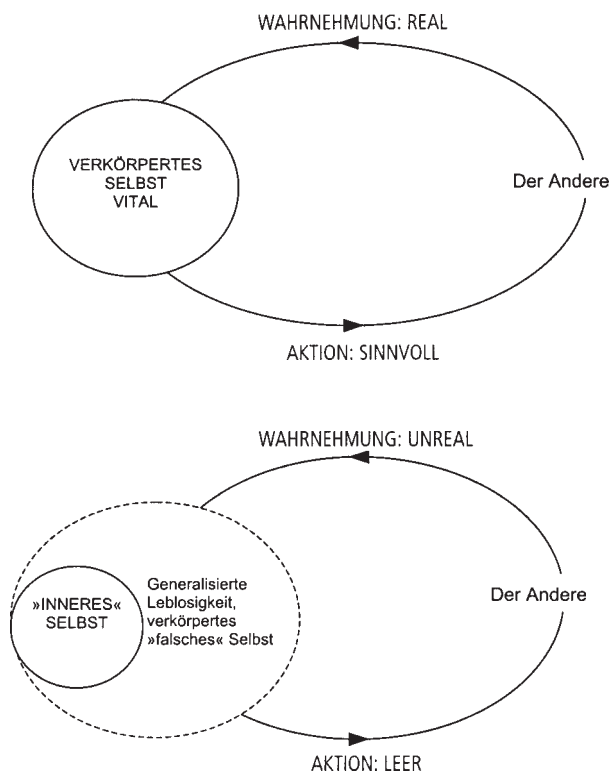


Abb. 2 und 3 aus LAING (1972, S. 99)

¹⁰ Es ist anzunehmen, dass Laing das Wort ›schizoid‹ als Synonym für ›schizophren‹ benutzt hat. Heutzutage wird jemand im psychiatrischen Sprachgebrauch auch als ›schizoid‹ bezeichnet, der nicht unbedingt schizophren ist, sondern bestimmte Persönlichkeitscharakteristika wie inneres Gespaltensein, autistische Züge, etc. aufweist.

Das ›innere Selbst‹ wird nicht als mitverantwortlich für das Tun des falschen Selbst gefühlt und dessen Aktionen werden als zunehmend falsch und leer empfunden.

»Der Akt ist immer das Produkt eines falschen Selbst. Der Akt oder die Tat ist niemals seine wahre Realität, er möchte ›dem objektiven Element‹ ständig unverpflichtet bleiben – darum ist die Tat immer (oder zumindest glaubt er, sie ist) eine vorgetäuschte, eine vermeintliche Verrichtung, und er kultiviert vielleicht soweit er kann diese ›innere‹ Negation all dessen, was er tut, in dem Bemühen, alles, was er tut, als ›null und nichtig‹ zu deklarieren, damit in der Welt, in der Realität, im ›objektiven Element‹ nichts von ›ihm‹ existieren wird und keine Fußspuren oder Fingerabdrücke des ›Selbst‹ zurückgelassen worden sind.« (a. a. O. S. 109)

Die Abspaltung des ›falschen Körper-Selbst‹ macht ein Individuum unter Umständen auch gleichgültig gegenüber körperlichen Verletzungen. Ohne Beziehung zu dem ›objektiven Element‹ kann ein Individuum alles für sich sein, es hat unbedingte Freiheit, Macht und Kreativität und kann in eine innere Fantasiewelt flüchten und sich auf eine innere »Reise« (LAING 1969a, S. 115; Hervorh. d. d. Autor) begeben. Das Individuum formiert einen »inneren Mikrokosmos.« (LAING 1972, S. 91). Je länger dieser schizoide Zustand dauert, desto größer ist die Gefahr, dass das Individuum verarmt und austrocknet.

Diese schizoide Spaltung ist das Ergebnis eines fehlgelaufenen Entwicklungsprozesses, welcher in der Kindheit beginnt und das Individuum in einer »primären ontologischen Unsicherheit« (a. a. O. S. 47) belässt. Der schizoide Zustand ist ein Versuch zur Erhaltung einer unsicheren Existenz. Die Strukturierung des Seins in seine Grundelemente (z. B. Kontinuität in der Zeit, Unterscheidung zwischen Selbst und Nicht-Selbst, Fantasie und Realität) wird normalerweise so stabil angelegt, dass in einer Person eine beachtliche Menge an Sicherheit und Plastizität vorhanden ist. In der schizoiden Charakterstruktur findet man dagegen eine unsichere Grundlegung und eine »kompensatorische Rigidität im Überbau« (a. a. O. S. 95).

Das wahre Selbst hat aufgrund seiner ›ontologischen Unsicherheit‹ immer Angst davor, entdeckt zu werden. Niemand fühlt sich verletzbarer und durch den Blick eines anderen Menschen ausgelieferter als ein schizoider Mensch. Er lebt permanent mit dem Gefühl, von anderen leicht erkannt, entlarvt und manipuliert zu werden, und muss sich schließlich aufspalten und sensible Teile der Persönlichkeit abspalten, um andauernde Kränkungen zu vermeiden. Die entscheidende Besonderheit eines schizoiden Individuums ist die Beschaffenheit seiner Ängste, die es zu verstehen gilt:

»Die Angst vor dem Verschlungenwerden, der Implosion, dem Verlust innerer Autonomie und Freiheit, die Angst von einem Menschen mit Subjektivität in ein Ding, einen Mechanismus, einen Stein, ein Es verwandelt zu werden, petrifiziert zu werden.« (a. a. O. S. 92).

Kann das betroffene Individuum dem äußeren Druck nicht mehr standhalten, flüchtet es sich in eine schizophrene Psychose als Ausdruck eigener komplexer Verteidigungsvorgänge. Diesem Ausbruch einer Psychose geht ein individuell unterschiedlich langer Spaltungsprozess voraus.

»Manchmal ist der Beginn einer Psychose so dramatisch und abrupt, und ihre Manifestationen sind so unzweideutig, dass es keinen Zweifel über die Diagnose geben kann. Aber in vielen Fällen gibt es keine so plötzliche auffällige qualitative Änderung, sondern einen graduellen Übergang, der sich über Jahre hinzieht ohne einen Punkt, an dem

man überhaupt klar sagen könnte, ob ein kritischer Punkt überschritten wurde.« (LAING 1972, S. 169)

Nur wenn man in der Lage ist, von dem betroffenen Individuum selbst die Geschichte seines Selbst zu erfahren, und nicht die durch eine psychiatrische Anamnese üblicherweise erfragte Geschichte des falschen Selbst-Systems, wird seine Psychose verstehbar. Andernfalls muss der innerste Kern der Erfahrung schizophrener Menschen von sich selbst für Außenstehende unbegreiflich bleiben (vgl. a. a. O. S. 46). Trotz der inneren Beschränkungen, in denen ein schizophrener Mensch gefangen ist, wird er von Laing als **verantwortliche Person** gesehen, »als zur Wahl fähig, als ein aus sich selbst heraus Agierender« (a. a. O. S. 25). Ein betroffener Mensch trifft also mehr oder weniger bewusst eine **Entscheidung** für eine Psychose.

»Das Individuum hat vielleicht immer die Möglichkeit, zwischen der Position der Abgesondertheit und dem Versuch, am Leben teilzunehmen, zu wählen. Die schizoide Abwehr gegen die ›Realität‹ hat jedoch den schwerwiegenden Nachteil, dass sie dazu tendiert, die ursprüngliche bedrohende Qualität der Realität zu perpetuieren und zu potenzieren. Teilnahme des Selbst am Leben ist möglich, aber nur angesichts intensiver Angst.« (a. a. O. S. 110)

Viele Verhaltensweisen schizophrener Menschen sind daher Unfug, Ablenkungsversuche und Widerstandspolitik, um gefährliche Menschen abzulenken und in anderen Langeweile und Leere zu erzeugen. Ein schizophrener Mensch hält sich und Ärzte oft zum Narren, um auf jeden Fall zu verhindern, dass er sich auf eine mögliche Schuld einlässt und verantwortlich gemacht werden kann, für »auch nur eine einzige kohärente Idee oder Intention« (a. a. O. S. 202).

Auf der Annahme der Entscheidungsfähigkeit psychotischer Menschen basiert Laings **therapeutisches Konzept**, in welchem er phänomenologische, existenzialistische und psychoanalytische Elemente verknüpft. Zwei grundlegende Maximen lassen sich herausfiltern: Die Existenzanalyse der Patientin oder des Patienten sowie eine **aufmerksame Nicht-Intervention**.¹¹ Die Kenntnis des ›falschen Selbst-Systems‹ und eine annehmende, nicht kränkende und selbstverantwortliches Handeln fördernde Umgebung sollen es dem ›wahren Selbst‹ ermöglichen, seine innere Abwehrstrategie aufzugeben und ungefährdete, stabilisierende Erfahrungen in der Realität zu machen. Das augenblickliche, bewusste Zusammensein mit dem psychotischen Menschen ist dabei der einzige Weg, sich ihm und seinen Erfahrungen zu nähern.

»Wie der Deuter muss der Therapeut die Elastizität haben, sich in eine andere fremde und sogar gestörte Sicht der Welt zu transponieren. In diesem Akt bezieht er sich auf seine eigenen psychotischen Möglichkeiten, ohne seine geistige Gesundheit aufzugeben.« (LAING 1972, S. 41)

Der Therapeut oder die Therapeutin nimmt bestenfalls eine aufmerksam wahrnehmende, eine interpretierende und eine gleichberechtigt interagierende Rolle gleichzeitig ein. Diese Art der therapeutischen Beziehung setzt eine Introspektionsfähigkeit und -willigkeit voraus, die sich erheblich von der üblichen medizinisch-diagnostischen Sichtweise unterscheidet. Die **Beziehung** ist entscheidend, nicht das Sammeln von Symptomen.

¹¹ »I remember years ago at a talk given by R. D. Laing when he said he would never do something for someone's own good.« (GOLDBLATT 1992, S. 7)

»Die Krux der Sache ist, dass man, wenn man ›ein Herz‹ untersucht oder auch den ganzen Menschen als einen Organismus, nicht an der Beschaffenheit der eigenen personalen Gefühle ihm gegenüber interessiert ist, wie diese auch immer sein mögen, sie sind irrelevant, sie werden nicht mitgerechnet. Man behält eine mehr oder weniger typisch professionelle Sicht und Gewohnheit bei.« (LAING 1972, S. 34) »Unser Begreifen des anderen hängt (...) ab von unserer Bereitschaft, die ganze Energie jedes Aspekts unserer selbst in den Akt des Verständnisses mit einzubeziehen.« (a. a. O. S. 39).

Laing glaubte, dass die **Ausbildung unseres gesamten Daseins** (Körper, Verstand, Gefühle und Geist) notwendig sei, um effektive psychotherapeutische Arbeit leisten zu können.

Allerdings dürfe das Sicheinlassen auf einen psychotischen Menschen auch nicht zu eindringlich werden, denn das ›wahre Selbst‹ würde sich nicht nur gegen Ablehnung und Missachtung, sondern auch gegen zu viel Liebe und aufdringliches Verstehenwollen wehren (vgl. a. a. O. S. 201). Der wichtigste Faktor bei

»(...) der Reintegration des Patienten, der erlaubt, die Stücke zusammenzubringen und zusammenzuhalten, ist die **Liebe des Arztes**, eine Liebe, die das totale Sein des Patienten anerkennt und es akzeptiert, ohne ihm Fesseln anzulegen. Das allerdings ist bloß die Schwelle und nicht das Ziel der Beziehung Patient-Arzt. Der Patient bleibt psychotisch hinsichtlich der ständigen Spaltungen in seinem oder ihrem Sein, auch wenn die auffälligeren äußeren Zeichen vielleicht weniger evident sind.« (a. a. O. S. 203; Hervorh. d. d. Autor)

Würde die Reintegration nicht gelingen, könne das ›wahre Selbst‹ unter Umständen für viele Jahre verborgen bleiben, verkümmern und in dauerhafte, paranoide Vorstellungen verfallen. Kurzgefasst beschreibt D. Goldblatt Laings Psychotherapie wie folgt:

»What does it mean to be human and to live amongst others? How do we understand and explain ourselves? Who are we? How do we account for our perceptions and our actions? Do we take ourselves to be what others take us to be? Why do we suffer? Why is love so difficult? The critical reflection on these and many other similar questions is existential phenomenology. The effective, skillful use of this reflection as a discipline in relation with others, particularly those people who are suffering or troubled, is existential-phenomenological psychotherapy. The application of this discipline in a context which leads toward total transformation of an individual and his or her relation with others is in brevity, Laingian psychotherapy.« (GOLDBLATT 1986, S. 1)

»Laing's simple message was that, by providing a safe environment where harm was not done by anyone, even for ›their own good‹, recovery can begin to happen.« (GOLDBLATT 1993, S. 25)

Das folgende Beispiel zeigt einen Ausschnitt der Arbeitsweise einer therapeutischen Wohngemeinschaft der ›Philadelphia Association‹ (= PA) Mitte der 70er Jahre (s. auch II. 6. a)).¹²

12 »Die Wohngemeinschaften sollen ein ›Asylum‹ darstellen, in dem die Personen nicht als Kranke oder Patienten angesehen werden, sondern als Menschen, die in eine Lebenskrise geraten sind. Psychische Krankheit wird von der P. A. als freie Wahl der Person betrachtet, als Weg, sich mit der Welt auseinander zu setzen. Die Änderung dieses Entwurfs kann nur von dieser Person selbst vorgenommen werden. Es wird daher von Seiten der Therapeuten so wenig wie möglich interveniert. Die Hauptunterstützung besteht darin, den Personen ein

»Auf dem gestrigen PA-Seminar wurde Nick erwähnt, der in einer anderen WG der PA wohnt. Er hat sich seit einem Jahr in seinem Zimmer eingeschlossen, spricht mit niemandem und lebt in völliger Isolation. Seine Mitbewohner stellen ihm das Essen vor die Tür, weil er sich weigert, jemand in sein Zimmer zu lassen. Der für dieses Haus zuständige Therapeut bewertete diesen Zustand als sehr positiv. Er meinte, im psychiatrischen Krankenhaus wurde Nick immer zu etwas gezwungen, was er nicht wollte, in der PA habe er die Freiheit, zu tun was er wolle. Unsere WG-Mitglieder waren entsetzt. Sie meinten, wenn Nick weiterhin in der PA bleibe, werde er bis an sein Lebensende in diesem Zustand bleiben. (Nachtrag: Nach einigen Monaten erfuhr ich, dass sich Nick entschlossen hatte, wieder eine soziale Existenz zu führen. Eines Tages tauchte er aus seinem Zimmer auf, kleidete sich neu ein und bewarb sich kurz darauf um eine Stelle. Manchmal frage ich mich, ob das in der PA vertretene Prinzip der Nicht-Intervention nicht doch eine bestimmte Richtigkeit hat. Sie wirkt offensichtlich positiv in den Situationen, in denen die Umgebung des Betroffenen genügend Vertrauen in ihn setzt, seine Bedürfnisse bedingungslos akzeptieren kann, selbst wenn sein Verhalten zunächst gängigen Vorstellungen von sozialem Leben widerspricht.« (E. Hergrüter in BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 110 f.)

I. 2. Therapeutische Grundlagen und Leitideen

Mosher und Menn nennen verschiedene Ansätze, auf denen das Soteria-Projekt aufbaute (MOSHER et MENN 1978, S. 715 f.): die Gemeindepsychiatrie, die ›Moral Treatment Era‹ (BOCKOVEN 1963), die Tradition intensiver zwischenmenschlicher Interventionen bei der Schizophrenie (SULLIVAN 1931a+b, 1962; FROMM-REICHMANN 1948), Therapeuten, die ein Entwachsen aus Psychosen beschrieben haben (MENNINGER 1959; PERRY 1962), die damals aktuelle Gruppe der Psychiatrie-Häretiker (LAING 1969a, 1972; MOSHER 1974; SZASZ 1961), Beschreibungen psychiatrischer Störungen als Folge von Lebenskrisen (BROWN et BIRLEY 1968; LINDEMANN 1944), Forschungen im Bereich gemeindeorientierter Behandlung der Schizophrenie (FAIRWEATHER et al. 1969; LANGSLEY et al. 1969; PASAMANICK et al. 1967) und ihre eigene klinische Ausbildung und Erfahrung. Das **Neue** an der Soteria war die Verknüpfung all dieser Elemente unter einem Dach.

MOSHER et al. (1975, 1994) betrachten eine psychotische Reaktion als einen besonderen Bewusstseinszustand eines Menschen, der in einer Lebenskrise steckt. Die Persönlichkeit dieses Menschen sei fragil und von einem Verlust an Selbstgefühl gekennzeichnet.

Asylum zur Verfügung zu stellen, das relativ frei ist von sozialem Zwang, um günstige Bedingungen herzustellen, den Entwurf wirklich aufgrund von eigenen Entscheidungen zu ändern. Eine zentrale Stellung nimmt die Regression ein: das Durchleben der eigenen Angst, Verzweiflung und die Rückkehr zu Verhaltensweisen, die den eigenen Bedürfnissen entsprechen und nicht von gesellschaftlicher Repression bestimmt sind. Ziel der P. A. ist es, die Personen in ihrer eigenen Entscheidung zu bestärken, gleichgültig welchen Inhalts diese Entscheidung ist (sofern sie nicht zur Kriminalität führt), sie muss nicht mit den üblichen Vorstellungen von ›glücklichem‹ oder ›normalem‹ Leben übereinstimmen.« (BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 90 f.)

Innere und äußere Welt würden sich häufig vermischen und seien nicht mehr eindeutig zu unterscheiden. Gleichzeitig besäße ein psychotischer Mensch auch ein **Potenzial zur Wiederherstellung seiner Persönlichkeit** und zur Integration der Psychose in seinen Lebenszusammenhang. Dieses Potenzial müsse angeregt und dürfe nicht behindert oder in psychologische Zwangsjacken gezwängt werden.

Ziel des Soteria-Projektes war es daher, ein Umfeld zu schaffen, welches in den Wirren der akuten Psychose Sicherheit, Unterstützung, Akzeptanz, Stabilität, Eindeutigkeit und Ruhemöglichkeiten bieten und Reifungs-, Entwicklungs- und Lernerfahrungen fördern sollte. Betroffenen Menschen sollte geholfen werden, ihre Krise in positiver Weise zu verarbeiten, um zu einer gestärkten und besser integrierten Persönlichkeit zu werden.

Alle Erfahrungen psychotischer Menschen einschließlich Realitätsverlust, irrationaler Ängste oder mystischer Erlebnisse sollten als **real** und **Extreme grundlegender menschlicher Attribute** angesehen werden, die aus der Perspektive eines psychotischen Menschen wertvoll und verstehbar seien. Psychotischen Menschen werde häufig von Seiten der Familie oder anderen Bekannten mit Unverständnis und Ablehnung begegnet, was letztlich die Schwierigkeiten des betroffenen Menschen nur noch verstärke.

»Erst wenn der Zerfallsprozess als wertvoll und in seinem Potenzial für ein seelisches Wachstum anerkannt wird, wird es auch möglich, den Menschen, der eine schizophrene Reaktion erlebt, zu ertragen, sogar mit ihm zu leben, in Beziehung zu ihm zu stehen und ihn anzuerkennen, ohne ihn zu ›behandeln‹ oder ihn nur die Erwartungen des Personals erfüllen zu lassen.« (MOSHER et MENN 1985, S. 111)

Symptome werden als wichtiger Ausdruck von unbefriedigten Bedürfnissen betrachtet und nicht als ein bloßes Ergebnis von hypothetischen, pathologischen Prozessen, deren Klassifikation keinen Vorteil für die Patientin oder den Patienten hätte. Psychotische Menschen werden nicht als von einer Erkrankung befallene Menschen angesehen (vgl. MOSHER 1995, S. 118). Eine Einrichtung wäre dann gut therapeutisch wirksam, wenn es ihr gelänge, die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten ernst zu nehmen und auf sie einzugehen:

»In scharfem Kontrast zum herkömmlichen psychiatrischen Vorgehen jedoch, wollen wir den Inhalt der Wunschkäußerung und des zugrunde liegenden Bedürfnisses verstehen, nicht die Form, denn wir glauben, dass es an sich schon therapeutisch ist, die Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen.« (MOSHER et BURTI 1992, S. 51)

In der Soteria bestand kein Muss, die Realitätssicht des Einzelnen der sog. »konventionellen Sicht« (MOSHER et al. 1994, S. 12) anzupassen. Man hatte ein Anrecht auf eine eigene Sicht.

Dem therapeutischen Personal sollte eine **phänomenologische Grundhaltung** (aufgeschlossen, akzeptierend, ohne vorgefasste Meinung und Wertung) zu eigen sein, von der man annahm, dass sie psychotischen Menschen eher helfen würde als eine neutrale, distanzierte, an einem Krankheitsbegriff orientierte Sichtweise, die eben ein solches Sich-einlassen auf diese Menschen verhindern würde.

»Jeder soziale Zusammenhang und die Menschen, die darin handeln, muss als etwas Einzigartiges angesehen werden, um in Übereinstimmung mit den Lehrsätzen der Phänomenologie der zwischenmenschlichen Beziehungen zu bleiben.« (MOSHER et al. 1994, S. 10)

Zwischenmenschliche Beziehungen spielten die Hauptrolle und sollten durch ein passendes Milieu zu dauerhaften Interaktionen gedeihen, die von Mitarbeiterinnen, Mitar-

beitern, Klientinnen und Klienten gemeinsam und gleichberechtigt aufgebaut und beibehalten werden sollten. Eine Einrichtung, die ein Ort der Normalisierung sein will, sollte selbst so normal wie möglich sein. Das Soteria-Haus war dementsprechend ein Wohnhaus, ausgestattet mit zwölf Zimmern incl. Wohnzimmer und Küche sowie einem Garten. Es lag in einem lebhaften, ärmeren Stadtteil der San Francisco Bay Area City, eingeraht von einem Pflegeheim und einem Zweifamilienhaus und umgeben von Geschäften, Single-Appartements, kleineren Wohnhäusern und medizinischen Einrichtungen.

MOSHER et BURTI (1992, S. 208) beschreiben zusammenfassend **neun therapeutische Qualitäten** des Soteria- (und ebenso Emanon-)Milieus (vgl. auch MOSHER et al. 1994, S. 69):

- » ■ Positive Erwartungen bezogen auf Genesung und Lernen an der Psychose.
- Flexibilität hinsichtlich Rollen, Beziehungen und Antworten.
- Akzeptanz der Selbsterfahrungen psychotischer Personen als real – auch wenn sie nicht übereinstimmend bestätigt werden können.
- Die erste Aufgabe der Mitarbeiter ist es, mit den gestörten Klienten zu sein; es ist besonders zu erwähnen, dass die Mitarbeiter nicht etwas tun müssen.
- Normalisierung der Psychoseerfahrung, indem sie in den Lebenszusammenhang eingeordnet, ein positiver Bezugsrahmen hergestellt und sich in der Alltagssprache auf sie bezogen wird.
- Toleranz gegenüber Extremen menschlichen Verhaltens, ohne dies kontrollieren zu müssen, es sei denn, es besteht eine unmittelbare Gefahr.
- Eine ausreichende Verweildauer (ein bis drei Monate) für die Entwicklung von Ersatzfamilienbeziehungen, die eine Imitation von und Identifikation mit positiven Merkmalen von Mitarbeitern und anderen Klienten gestatten.
- Ausreichend Kontakt mit positiv bewerteten Rollenmodellen zwecks Identifikation, Experimentieren und Internalisierung von Problemlösungsstrategien, die ein neues Gefühl von Wirksamkeit, Können und Kompetenz vermitteln.
- Nach der Entlassung: ein leicht erreichbares, an Gleichaltrigen orientiertes, soziales Netzwerk, mit dem der Kontakt während des Aufenthaltes begonnen wurde.«

I. 3. Klientinnen und Klienten

Eines der Ziele der Soteria war die Prophylaxe von Langzeitbeeinträchtigungen. Forschungen legen nahe, dass unverheiratete und junge Menschen, die erstmalig als schizophren diagnostiziert werden, ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko tragen (KLORMAN et al. 1977; PHILLIPS 1966; ROSEN et al. 1971). Mit der Soteria wollte man zeigen, dass im **Umgang mit der ersten Psychose** im Leben eines Menschen ein **richtungsweisender Schritt** für den Langzeiterfolg getan werden konnte, und dass dauerhafte Behinderungen vermieden werden konnten.

Für die Soteria wurden daher Klientinnen und Klienten gesucht, die **fünf Kriterien** erfüllten (vgl. MOSHER et MENN 1978, S. 718 f.; MOSHER et VALLONE 1996, S. 118 f.):

- Klar als schizophren diagnostiziert nach den Kriterien des DSM-II (1968)
- Ein stationärer Aufenthalt wurde für nötig befunden
- Nicht mehr als ein Krankenhausaufenthalt für zwei (später vier) Wochen oder weniger mit der Diagnose Schizophrenie

- Zwischen 16 und 30 Jahre alt (in späteren Studien: Zwischen 18 und 30 Jahre)
- Unverheiratet, in Trennung lebend, geschieden oder Witwe bzw. Witwer (in späteren Studien: Nicht frisch verheiratet)

Alle Klientinnen und Klienten wurden der Soteria vom ›Community mental health center complex‹ (= CMHC) zugewiesen (s. auch I. 9.). Das Soteria-Haus bot **insgesamt sechs Wohnplätze**. Meist wurden ein oder zwei neue Klientinnen bzw. Klienten pro Monat aufgenommen.

»Auch wenn das Haus alle vom Team des Medical Research Institute ausgewählten Bewohner aufnehmen *musste*, führte das Soteria-Team eine modifizierte Anhörung für jeden ein. Dieses Vorgehen spiegelte die Forderung der Gemeinschaft wider, dass *jeder* durch irgendeine Art ›Probe‹ hindurch musste. Dadurch konnten Ungleichheiten in der Gemeinschaft eher ausbalanciert werden, und die Rollen waren weniger festgelegt als in anderen Einrichtungen.« (MOSHER et al. 1994, S. 93)

Klientinnen und Klienten wurden, häufig auf der Grundlage eines Gruppenkonsenses, entlassen, sobald ihnen eine Fortführung ihres Lebens in der Gemeinde zugetraut wurde. Niemand ist über einen längeren Zeitraum zwangsweise im Haus festgehalten worden.

I. 4. Das therapeutische Team

Annähernd 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben in der Soteria gearbeitet (vgl. MOSHER et al. 1994, S. 9). Pro Einrichtung gab es **sechs bezahlte, sog. nicht-professionelle Mitarbeiter, einen Projekt-Direktor** und **einen Psychiater** mit einer ¼ Stelle. In der Regel waren ein Mann und eine Frau gleichzeitig im Dienst. Die Schichten dauerten meist zwischen 36 und 48 Stunden. Freie Erholungstage schlossen sich an. Häufig war noch ein Volunteer anwesend, besonders in den Abendstunden.

Die Einstellung von Bewerberinnen und Bewerbern war je nach deren Bekanntheitsgrad ein unterschiedlich langer Prozess mit Interviews und Vorstellungsgesprächen, an denen möglichst alle Soteria-Beteiligten mitwirken sollten. Die endgültige Entscheidung über Einstellung oder Nichteinstellung fiel der leitende Forscher. Auch ehemalige Klientinnen und Klienten wurden als bezahlte Vollzeitkräfte eingesetzt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden ausgewählt nach ihrem **Einfühlungsvermögen** in Psychosen, ihrer Eignung, als **Rollenmodell** und Brücke zur ›normalen‹ Welt zu dienen, ihrer **Charakterstärke**, ihrer **Verträglichkeit** mit anderen, ihrer **Toleranz** und **Flexibilität**. Wichtig war auch eine **Vielfalt** an Männern und Frauen verschiedener Altersstufen, Kulturen, Nationalitäten, Lebensstile und Ausbildungsniveaus. Klientinnen und Klienten sollten als gleichberechtigt angesehen werden und es sollte ihnen nichts abgenommen werden, wozu sie selbst in der Lage waren. Dies würde eine unangebrachte Abhängigkeit fördern und sie daran hindern, Verantwortung zu übernehmen und durch Erfolge ein Selbstwertgefühl und Kompetenz zu entwickeln.

Laienhelfer hätten eher die Freiheit, psychotischen Menschen **offen und unbefangen** gegenüberzutreten als »highly trained mental health professionals« (MOSHER et MENN 1978, S. 717), weil eine zu theoriebeladene und kopflastige Herangehensweise die eher gefühlsbestimmten Bedürfnisse psychotischer Menschen nicht erfüllen würde (vgl. I. 9. 3.).

»Den Mitarbeitern war es zugestanden, das zu sagen, was sie fühlten, selbst wenn ihre

Positionen mit denen anderer nicht übereinstimmten – wichtig war, dass jeder offen und eindeutig kommunizierte.« (MOSHER et al. 1994, S. 63) »Die Mitarbeiter müssen (...) mit Begeisterung bereit sein, *bei* den Patienten *Dabeizusein* (**Being with**, Hervorh. d. d. Autor). *Eingreifen* (Doing to) sollte ausdrücklich nur auf potenziell gefährliche Situationen beschränkt werden.« (MOSHER et al. 1994, S. 98)¹³

In internen **Personaltreffen** stand im Mittelpunkt, welche Gefühle bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter während einer Begleitung auftraten und wie man das ›being with‹ am besten umsetzen könne:

»The abilities to tolerate, support, and be empathically involved with the patient, without becoming too involved with the patient, without becoming overwhelmed by fear, are stressed. Although our nonprofessional therapists do not use the various intellectualizing devices employed by more highly trained persons, they still may feel a need to manipulate, distance, categorize, and be demanding in difficult situations. Feelings that seem to cause the staff to shift from the ›being with‹ to the ›doing to‹ mode are explored in detail.« (MOSHER et al. 1973, S. 393)

Entsprechend den phänomenologischen Grundsätzen wurden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möglichst wenig Vorabinformationen über eine neue Klientin oder einen neuen Klienten gegeben. MOSHER et al. (1994, S. 95) sind zudem der Ansicht, dass psychiatrische Befunde selten positive Informationen enthalten. Der Psychiater war für die Vergabe von Medikamenten verantwortlich und hatte zusammen mit dem Projekt-Direktor Supervisionsaufgaben. Dessen Rolle war die eines Freundes, Beraters oder ein »object for displaced angry feelings by staff« (MOSHER et MENN 1978, S. 716).

»Schlussendlich ist eine stabile, eindeutige, unterstützende und starke Leitung erforderlich für die Aufrechterhaltung der Mitarbeitermoral in Situationen, die oft chaotisch und psychisch belastend waren, bis sich – wie meistens – von selbst eine Lösung ergab.« (MOSHER et al. 1994, S. 98)

I. 5. Von der Begleitung zur Stabilisierung

MOSHER et al. (1994, S. 66 ff.) beschreiben **drei idealtypische Phasen**, welche die allermeisten Soteria-Bewohnerinnen und Bewohner während ihres Aufenthaltes in linearer und auch nichtlinearer Weise durchlaufen hätten.

13 »Sie waren Menschen wie du und ich, die versuchten, durch Beziehungen, durch Mit-Sein (*be with*), Menschen zu begreifen, deren Art und Weise von Verständigung und Verhalten oft völlig anders waren als alles, was die Mitarbeiter zuvor kennen gelernt hatten. In den meisten Fällen hinterließen ihre Erfahrungen unauslöschliche Eindrücke, Erfahrungen, die wechselseitig prägten und die sie entscheidend mitgestalten konnten. Die Mitarbeiter waren Forschungsreisende in ein Grenzgebiet, für das es noch keine Landkarten gibt. Sie hielten sich an einem Ort auf, wohin sich nur wenige Leute ohne vorgefasste Meinungen gewagt hatten, und sie tappten nicht in die üblichen Machtfallen zur vermeintlichen Bezähmung des Wahnsinns. Kein Mitarbeiter war im Besitz der höchst symbolischen Schlüssel zur Freiheit: es gab keine Schlösser an den Türen, keine Spritzen und nur wenig Medikamente. Es gab keine warmen Zwangsbäder, keine Isolierräume, keine Einschränkungen.« (MOSHER et al. 1994, S. 6 f.)

a) Erste Phase: Die »akute Krise, in der der Klient eine grundlegende Fürsorge am nötigsten hatte« (MOSHER et al. 1994, S. 66).

Dieses erste Stadium bestand aus einer **engmaschigen Wache**, in der zunächst eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter versuchte, zu dem psychotischen Menschen einen Kontakt herzustellen. Ziel des ›Being-with‹ war es, auf den psychotischen Prozess einzugehen und ihn auf jegliche Art zu beeinflussen, die sinnvoll erschien. Jedes Mitglied der Gemeinschaft konnte mit anderen zusammen sein, wo immer es nötig war. »Diese familienähnliche Präsenz hatte eine beruhigende Wirkung auf neue Menschen, und trotz seiner Kürze hatte dieser Kontakt eine entscheidende Bedeutung« (MOSHER et al. 1994, S. 49), besonders wenn er die Betroffenen von einem Angst machenden Ort befreite. In der Regel blieb man in einem einzigen Raum, meistens dem Zimmer des psychotischen Menschen, manchmal an anderen Stellen im Haus oder im Hof. Das Konzept eines speziellen Wachraumes wurde aufgegeben zugunsten situationsbezogener, zwischenmenschlicher Interaktionen.¹⁴

b) Zweite Phase: Die »Wiederherstellung, wenn der Klient seine Persönlichkeit in der neuen Umgebung wiedererlangte« (MOSHER et al. 1994, S. 66).

Nach dem Knüpfen von Beziehungen ging es in dieser Phase primär um die Weiterentwicklung derselben. Das gemeinsame Durchleben einer psychotischen Krise schuf in vielen Fällen die nötige Nähe und Grundlage für die weitere therapeutische Arbeit. Interaktionen konnten sich normalisieren, aus eher komplementären Beziehungen zwischen Personal und Klientinnen bzw. Klienten konnten **symmetrische, auf Gleichberechtigung beruhende Beziehungen** entstehen. Wachen wurden dementsprechend lockerer gehandhabt als in der ersten Phase.

»Auch wenn sich die Mitarbeiter oft in Elternrollen wiederfinden, sollten sich die Beziehungen im Lauf der Zeit wie zu jüngeren Geschwistern und Freunden entwickeln.« (MOSHER et al. 1994, S. 98)

Klientinnen und Klienten wurden zu eigenen Aktivitäten ermuntert und sollten unter Berücksichtigung der Gemeinschaft ihren eigenen Tagesablauf planen. Niemand sollte in ein zu sehr strukturiertes Programm gepresst werden.

»Die Bestätigung ihrer Erfahrungen in einem sicheren, geschützten Milieu, weit weg von dem Ort, wo die Probleme ihrer Wurzeln hatten, bewirkte in diesem Stadium die Veränderung.« (MOSHER et al. 1994, S. 67)

c) Dritte Phase: Die »Wendung nach Außen, wenn der Klient damit begann, die Grenzen seiner Beziehungen zu erweitern« (MOSHER et al. 1994, S. 67).

In dieser Phase konnten Klientinnen und Klienten ihre **Beziehungen und Kompetenzen** innerhalb und außerhalb des Hauses **erweitern**. Die Grenzen zwischen ihnen und dem Personal waren weniger eindeutig als in der Zeit davor:

»Das dritte Stadium beinhaltete eine weitreichende Zusammenarbeit, Planung, Absprachen und Einbezogenheit in eine – ab dann – familiäre, vertrauende und enggeknüpfte soziale Gruppe, deren Mitglieder ganz unterschiedliche Rollen mit unterschiedlichem Status innehatten. Das dritte Stadium war dementsprechend viel komplizierter als das erste Stadium.« (MOSHER et al. 1994, S. 68)

Für das therapeutische Vorgehen in diesen Phasen gab es **keine festen Regeln**. Jeder Mit-

¹⁴ Konkrete Ausgestaltungen des ›Being-with‹ sind insbesondere unter VI. 2. 1. aufgeführt.

arbeiterin und jedem Mitarbeiter war es letztlich freigestellt, wie sie oder er die konkrete Beziehung ausgestaltete.

I. 6. Beispielverlauf

»Manchmal beinhaltet eine Regression ins Kleinkindalter auch den Wunsch, gesäugt zu werden. Mitarbeiterin Kay beschrieb so ein Ereignis, als sie sich um Tamara kümmerte:¹⁵

Ich hatte nur drei Stunden Schlaf gehabt, und der war auch noch unterbrochen. Bei Tamara schlafen und auf sie aufzupassen ist einer ausreichenden Erholung nicht gerade förderlich. Ich schlief auf dem Flur vor der Tür, sodass ich wach würde, wenn sie versuchte, wegzugehen. Sie wurde um sechs Uhr wach und wollte etwas zu essen. Ich stand auf und machte ihr Frühstück. Sie saß am Tisch, wartete sehr ungeduldig und urinierte dann auf die Sitzbank. Ich nahm sie ins Badezimmer und wechselte ihre Hosen; dann gingen wir zurück zur Küche. Ich fütterte sie am Tisch. Sie aß auf und saß ungefähr zwei Minuten ruhig da. Dann sah sie mich mit einem angstvollen Gesichtsausdruck an und fragte mich, welcher Tag heute sei. Ich sagte ihr, es sei Sonntag. »Nein, ich meine, welcher Tag ist heute *wirklich*? Du weißt, was ich meine.«

»Sonntag, der 5. September.« Ich wusste, dass dies Tamaras Geburtstag war, aber ich wollte in dem Moment nicht darauf eingehen. Ich war müde. Ich war traurig. Hier war er nun, Tamaras 16. Geburtstag – »sweet sixteen« – ihr spezieller Feiertag, und sie saß hier in der Soteria, machte in die Hosen, hatte Angst vorm Sterben, Angst davor, allein zu sein, Angst vor Menschen, vor Spinnen, vor Geräuschen, Angst davor, geliebt zu werden und nicht geliebt zu werden. »Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag, Tamara« – es war so gottverdammnt traurig. Als ich ihr das Datum nannte, war sie sprachlos. Sie saß vollkommen unbewegt und starrte mich an. Dann kam die Veränderung – Angst, Sorge, Freude, Kleinkindmädchen-Vergnügen, Kummer und Schmerz, all das durchzuckte ihr Gesicht. Dann fing sie an zu weinen, ein langhingezogenes, trauriges Weinen voller Schmerz. Und dann sagte sie: »Ich habe Geburtstag. Sage »Herzlichen Glückwunsch« zu mir.«

Ich tat es. Dann stand sie auf, kam zu mir rüber und setzte sich. Sie nahm eine Hand von mir in ihre beiden Hände und sagte: »Halte mich!« Ich hielt sie, während sie einige Minuten weinte. Dann setzte sie sich aufrecht und sagte: »Gib mir ein Geschenk. Gib mir einfach irgendetwas. Gib mir etwas, das du nicht mehr brauchst. Gib mir etwas, das du nicht mehr magst. Gib mir einfach irgendetwas von dir, und ich werde es für alle Zeit lieben.« Ich sagte ihr, sie würde später am Tag Geburtstagsgeschenke bekommen – wir hätten sie nicht vergessen.

An diesem Morgen trug ich ein T-Shirt, das Tamara mochte. Sie fragte mich, ob ich ihr T-Shirt und sie meins tragen könnte, nur jetzt am Geburtstag. Im Haus war außer uns noch keiner wach – es war früh, und es war Tamaras Geburtstag – also tauschten wir die T-Shirts. Als ich mein T-Shirt auszog, fixierte Tamara meine Brüste und schien einige Sekunden zu erstarren. Ich kann nicht einmal mir diesen Ausdruck auf ihrem

15 Die wirklichen Namen der Mitarbeiterin und der Bewohnerin sind durch diese Ersatznamen geschützt.

Gesicht beschreiben, also lasse ich es. Sie fiel dann förmlich in meinen Busen rein, schloss ihre Augen, vollkommen ermattet. Ich fiel unter ihrem Gewicht fast um. Ihr Gewicht lag auf meiner Brust, sie bewegte es ein bisschen und begann dann, an meiner Brust zu saugen. Einen sehr kurzen Moment lang war ich in Panik, hatte Angst, gebissen zu werden und wollte die Brust wegziehen. Aber dieses Gefühl gab sich schnell, und ich entzog mich dem nicht.

Vielleicht war es instinktiv. Es fühlte sich für mich alles *richtig* an. Ohne über etwaige therapeutische Verhaltensweisen oder Worte nachzudenken, hielt ich sie, streichelte sie, säugte sie, machte zärtliche Laute – ganz unverkrampft und selbstverständlich – und es hörte auf. Plötzlich wandte sich Tamara von mir ab und sagte: »Ich bin nicht dein Baby: du bist meins.« Sie ignorierte diese Episode und machte sich an die Bewältigung des vor ihr liegenden Tages. Sie schien die nächsten 24 Stunden mit ihrer Umgebung in gutem Kontakt zu sein, und das Team vermutete, dass diese Episode zum Teil dazu beigetragen hatte. Solche kurzfristigen Perioden von Genesung waren für Bewohner, die aus einer tiefen Regression auftauchten, charakteristisch.« (MOSHER et al. 1994, S. 36 f.)

I. 7. Soziale, organisatorische und zeitliche Strukturen

Typische Krankenhausstrukturen würden mit ihrer Inflexibilität, ihrem Vertrauen auf Autoritäten, ihrer Festlegung von Rollen und ihrer in Hierarchien verankerten Entscheidungs- und Verantwortungsgewalt bei einem psychotischen Menschen Gefühle von Machtlosigkeit, Unverantwortlichkeit und Abhängigkeit auslösen, und damit seine Entwicklung hemmen. Die Soteria wollte dies verhindern:

»As a result, Soteria was as unstructured as commensurate with adequate function. Structure that developed to meet functional needs was dissolved if the need did not continue. There was no institutionalized method of dealing with a particular occurrence.« (MOSHER 1995, S. 114)

Es wurde versucht, möglichst alle am Projekt Beteiligten an Entscheidungen und der Organisation des Alltags mitteilhaben zu lassen. Im Kingsley Hall in London hatte man versucht, zumindest erklärtermaßen frei von Regeln zu bleiben (vgl. BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 84 ff.). Aus den ersten Erfahrungen nach Eröffnung der Soteria ergaben sich **vier feste Regeln**, gegen die nicht verstoßen werden sollte (vgl. MOSHER et al. 1994, S. 7):

1. Gewalt gegen sich selbst oder gegen andere war vom Grundsatz her verboten.

Eine gewaltfreie Umgebung ist aus Sicht der Soteria-Planer für die Genesung von Psychosen unerlässlich. Mit Gewaltausbrüchen wurde je nach Situation unterschiedlich (einschließlich körperlicher Kontrolle, jedoch ohne Einsperrung, Zwangsjacken oder Medikation) umgegangen:

»Limits were set if the person was clearly a danger to himself, others, or the program as a whole – not merely because others were unable to tolerate his or her madness.« (MOSHER 1995, S. 119)

2. Touristen konnten das Haus nur betreten, wenn es eine entsprechende Absprache und Zusage der Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses gab. Laut Moshers klinischer Erfahrung war es für das Befinden psychotischer Menschen oft negativ, wenn sie mit fremden Menschen konfrontiert wurden.

3. Kein Besitz und Konsum illegaler Drogen.
4. Sexuelle Beziehungen zwischen Teammitgliedern und Bewohnern waren verboten.
Hierdurch sollte ein Höchstmaß an zwischenmenschlicher Nähe ohne unangemessene Intimität ermöglicht werden.

Neben diesen zeitlosen, festen Regeln gab es je nach Situation im Haus zeitlich befristete Regeln. Verstöße gegen bestehende Regeln wurden mit Tadeln bis hin zu Entlassungen bestraft.

Hausversammlungen fanden regelmäßig statt. Gruppensitzungen, Zweiergespräche und Familiensitzungen wurden vorher abgesprochen oder fanden sich spontan ein.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Bewohnerinnen und Bewohner übernahmen aus freien Stücken die Arbeiten im **Haushalt**, mähten den Rasen, machten die Wäsche, führten Malerarbeiten aus, kauften notwendige Kleidung, nähten, flickten und erledigten, wenn möglich, Klempnerarbeiten. War eine Klientin oder ein Klient nicht in der Lage zu arbeiten, übernahmen meist die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die entsprechenden Anteile. Das Spektrum an Freizeitaktivitäten reichte von Basteln, Spaziergängen, Kino, Schachspiel bis zu Baseball, Basketball, Tennis und Schlittschuhlaufen. Geburtstage von Hausbewohnerinnen und Hausbewohnern wurden immer gefeiert.

»An einem typischen Tag in der Soteria Mitte der 70er Jahre arbeiten in der Schicht, die um zwölf Uhr mittags beginnt und über Nacht geht, zwei Teammitglieder (ein Mann und eine Frau) und ein Freiwilliger. Sie sind für sechs Bewohner zuständig. Darüber hinaus kommt der Leiter der Soteria, Voyce, täglich vorbei, der zuständige Psychiater Ken einmal pro Woche. Mehrere ehemalige Bewohner, ein Freund und ein Freiwilliger namens Fred verbringen auch einen Teil des Tages in der Soteria.« (MOSHER et al. 1994, S. 71)

Mosher und Burti fassen wesentliche Elemente der Soteria wie folgt zusammen:

Wesentliche Elemente der Soteria

- | | |
|--|--|
| 1. Klein (sechs Klienten), familiär | 6. Verantwortlichkeit der Teilnehmer für den Haushalt |
| 2. Ideologisch nicht festgelegte Mitarbeiter | 7. Wenig Rollendifferenzierung |
| 3. Auf Gleichwertigkeit beruhende Beziehungen | 8. Wenig Hierarchie |
| 4. Wertschätzung des Erhalts persönlicher Stärke | 9. Ermutigung zur Nutzung in der Gemeinde vorhandener Ressourcen |
| 5. Offenes System (leichter Zu- und Abgang) | 10. Kontakte nach der Entlassung sind erlaubt/werden gefördert |
| | 11. Keine formelle »Therapie« im Hause |

Tab. 1 aus MOSHER et BURTI (1992, S. 190)

I. 8. Der Umgang mit Medikamenten

Ein Ziel des Projektes lag in der Suche nach einer umsetzbaren und statistisch abgesicherten Alternative zur übermäßigen Anwendung antipsychotischer Medikamente. Normalerweise wurden Medikamente in den ersten sechs Wochen nicht gegeben. Falls bis dahin keine Veränderung wahrgenommen werden konnte, und jemand entweder paranoid war oder einen »insidious onset« (MOSHER et MENN 1978, S. 717) hatte, wurde das Neuroleptikum Thorazine (300 mg pro Tag oder mehr) gegeben.

»Wir verwenden Medikamente selten und, wenn sie verordnet werden, bleiben sie in erster Linie unter Kontrolle des jeweiligen Bewohners (Pat.). Das bedeutet, dass er aufgefordert ist, seine Reaktionen auf das Medikament an uns sorgfältig rückzumelden, sodass wir die Dosis anpassen können. Nach einer Probezeit von zwei Wochen entscheidet er, ob die Medikation fortgesetzt wird oder nicht.« (MOSHER et al. 1994, S. 17)

I. 9. Therapeutische Wirksamkeit und begleitende Forschung

Insgesamt haben annähernd 100 Klientinnen und Klienten in der Soteria gelebt. Mehrere wissenschaftliche Studien begleiteten das Soteria-Projekt in seiner dreizehnjährigen Geschichte.¹⁶ Das Forschungsdesign der meisten Studien war angelegt als eine »comparative outcome study of two matched cohorts« (MOSHER et al. 1973, S. 391).

Es gab kontrollierte Studien zur **therapeutischen Wirksamkeit** (die meisten beziehen sich auf die Zeitpunkte sechs Wochen, ein Jahr oder zwei Jahre nach Aufnahme), sowie Studien über das **Behandlungsmilieu** und **Persönlichkeitsmerkmale** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 37 Experimental- (Soteria-) und 42 Kontrollpatientinnen und -patienten, die von 1971 bis 1976 an den Studien teilnahmen, bildeten die sog. »**1. Kohorte**«. 45 Experimental- und 55 Kontrollpatientinnen und -patienten zählten von 1976 bis 1983 zur »**2. Kohorte**«, für die veränderte Forschungsmethoden vorgesehen waren. An der »2. Kohorte« war auch das Emanon-House beteiligt, dessen Ergebnisse, um es vorab zu sagen, sich nicht signifikant von denen der Soteria unterscheiden.

Die **Kontroll-Gruppen** wurden auf geschlossenen 30-Betten-Stationen durch einen »short-stay, crisis-oriented inpatient service« mit den üblichen Neuroleptika als Therapiegrundlage behandelt. Daneben wurde meist auch Einzeltherapie, Gruppentherapie und/oder Psychodrama angeboten. Der Personalschlüssel betrug durchschnittlich 1,5 : 1 (Personal : Patientinnen und Patienten). »The hospital staff members were generally well trained, experienced, and enthusiastic; they saw themselves as doing a good job.« (MOSHER 1995, S. 119) Die folgende Tabelle vergleicht in einer »somewhat exaggerated and oversimplified« (MOSHER et MENN 1978, S. 717) Form die Soteria mit den Kontrolleinrichtungen im Hinblick auf institutionelle Variablen, soziale Struktur, Haltungen des Personals und familiäre Einbeziehung.¹⁷

¹⁶ In der benutzten Literatur wird keine Gesamtzahl aller Studien genannt. Ich beziehe mich auf die Studien, die exemplarische Ergebnisse enthalten und die am häufigsten zitiert werden.

¹⁷ In PLOEGER (1978, S. 131) ist ein gleichsinniger tabellarischer Vergleich der Rollen in einer traditionellen Psychiatrie mit denen in einer therapeutischen Gemeinschaft.

Vergleich Soteria versus Krankenhaus

Soteria-House	Control wards
Institutional variables	
Nonmedical	Medical
Nonhospital	Hospital
Open	Closed or restrictive
Varied work schedule	Eight-hour work shifts
Minimal use of medication	Usual use of medication
Labeling, stigmatization minimized	Labeling, stigmatization inevitable
Behaviour of residents and staff open to scrutiny and discussion	Staff behaviour usually reviewed in closed sessions
Social structure	
Nonauthoritarian	Authoritarian
Nonhierarchical	Hierarchical
Peer-fraternal relations	Parent-child relations
Program flexibility	Inflexibility
Role differentiation minimized	Institutionalized role definition (such as social worker, nurse)
Client as resident	Client as patient
Equality	Patient submissive to authority
Dyadic, triadic units emphasized	Group emphasized
Individuals usually responsible for and in control of their own lives	Hospital, doctor, and assume responsibility and control
Power residing equally in each resident and staff member	Power residing in hierarchy: head nurse, doctor, hospital administration
Minimal structured activities	Emphasis on structured activities
Continuity of relationship after discharge	Postdischarge contact with ward staff discouraged
Familylike atmosphere	Hotel or boarding-house atmosphere
Family involvement	
Family has vacation from psychotic offspring	Continued involvement of family is necessary
Aftercare decided on by individual, perhaps not involving family	Aftercare determined by M. D., usually involving family
Degree of involvement determined by family	Family involvement dictated by institutional policy

Soteria-House	Control wards
Staff attitudes	
Psychosis is a valid experience	Psychosis is an illness, thus not an intimate part of the person
Staff concerned with »being with« the resident	Staff maintain objectivity and distance
Psychosis is an important event, should be taken seriously	Most important aspect of psychosis is getting over it
Understanding the experience of psychosis is important	Putting the experience behind is important
Staff allow the individual to experience his psychosis	Staff shore up defenses to suppress, repress, and abort psychosis
Regression is allowed	Regression is prevented or interrupted when possible
Containing, holding environment	»Moving-on« environment
Growth and learning from psychosis is valued	Getting over psychosis quickly is valued
Minimal pressure to »get going«	Length of stay seen as critical

Tab. 2: aus MOSHER et MENN (1978, S. 717)

I. 9. 1. Wirksamkeitsstudien

(vgl. MOSHER et al. 1975; MOSHER et MENN 1977; MOSHER et MENN 1978; MATTHEWS et al. 1979; MOSHER et al. 1995; MOSHER 1995; MOSHER et VALLONE 1996)

Alle Studienpersonen kamen von einer Prüfstelle, die Teil des CMHC (= »Community mental health center complex«) war. Auf alle trafen die unter I. 3. genannten Kriterien zu. Alle Begutachtungen wurden von einem unabhängigen Forschungsteam durchgeführt, welches in keinerlei therapeutischer Verantwortung stand. Die Diagnose »Schizophrenie« musste bspw. von meist drei unabhängigen Prüferinnen bzw. Prüfern bestätigt werden. Allen potenziellen Kandidatinnen und Kandidaten wurden die Bedingungen für die Studienteilnahme erklärt. Sie selbst bzw. ihre Angehörigen mussten ihr Einverständnis schriftlich erklären. Während der Studien zur »1. Kohorte« kam jemand dann in die Soteria, sobald dort ein Platz frei war. In den Studien zur »2. Kohorte« gab es eine zufällige Zuteilung entweder zur Soteria bzw. zum Emanon oder zur Krankenhausstation. Die grundlegende Frage war, **wie effektiv** die Soteria im Vergleich zu einer kurzzeitigen Krankenhausbehandlung war. Schwachpunkte einzelner Studien waren z.B. die fehlende zufällige Zuteilung, der Verlust von Daten, die Inanspruchnahme staatlicher Nachsorgeeinrichtungen von Personen des Soteria-Programmes sowie das Problem der unabhängigen Gutachter, anhand bestimmter Aussagen nicht automatisch Rückschlüsse auf das jeweilige Behandlungsprogramm zu ziehen. Nimmt man alle zitierten Studien zusammen und berücksichtigt die jeweiligen Kritikpunkte lassen sich für die Experimental- und Kontrollgruppen

folgende Ergebnisse zusammenfassen (vgl. MOSHER 1995, S. 120 f.; MOSHER et VALLONE 1996):

a) >1. Kohorte< (1971–1976):

- Zum **Aufnahmezeitpunkt** gab es zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Untersuchungsvariablen. Dazu gehören zehn demographische (Alter, etc.), fünf psychopathologische (diagnostische Symptome, etc.), sieben prognostische (familiäre Belastung, etc.) und sieben psychosoziale (Kontakt mit Freunden, etc.) Variablen.
- Bezogen auf die **ersten sechs Therapiewochen** zeigten beide Gruppen einen signifikanten und vergleichbaren Rückgang ihrer Symptome. Niemand aus der Soteria-Gruppe hatte von Neuroleptika Gebrauch gemacht.¹⁸
- **Zwei Jahre nach Erstaufnahme** zeigten die Personen der Soteria-Gruppe signifikant höhere Beschäftigungsquoten, lebten unabhängiger (alleine oder mehr unter peers anstatt zu Hause mit ihren Eltern), hatten geringere Wiederaufnahmen (53 % gegenüber 67 %) und weniger sonstige ambulante Kontakte. In der Soteria-Gruppe hatten 4 % einen kontinuierlichen und 43 % mindestens einen einmaligen Gebrauch von Neuroleptika, gegenüber 43 % und 100 % der Kontrollgruppe.

b) >2. Kohorte< (1976–1983):¹⁹

- Die Ergebnisse der **Aufnahme- und Sechs-Wochen-Einschätzungen** konnten fast identisch reproduziert werden. Bei signifikanter und vergleichbarer Symptomreduktion beider Gruppen nach sechs Wochen hatten in der Soteria-Gruppe 12 % einen kontinuierlichen und 33 % mindestens einen einmaligen Gebrauch von Neuroleptika, gegenüber 98 % und 100 % der Kontrollgruppe.
- Bezogen auf den **Zwei-Jahres-Zeitraum** gab es zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede bezogen auf den Grad der Symptomatik sowie im Vergleich der sog. >global good versus poor outcomes<. »Good outcome was defined at both 1- and 2-year follow-up as having no more than mild symptoms and either living independently or working or going to school.« (MOSHER 1995, S. 121)
- Vergleichbar mit der >1. Kohorte< hatten die Studienpersonen der Soteria-Gruppe nach **zwei Jahren** eine signifikant höhere Unabhängigkeit in ihren Lebensverhältnissen (definiert als alleine oder mehr unter peers anstatt zu Hause mit den Eltern lebend) und weniger ambulante Behandlungskontakte als die Personen in der Kontrollgruppe. Signifikant unterschiedlich waren die Gruppen im mindestens einmaligen Gebrauch von Neuroleptika (59 % der Soteria-Gruppe gegenüber 83 % der Kontroll-Gruppe).

18 Diese Aussage findet sich u.a. in MOSHER (1995, S. 120). In MOSHER (2001, S. 20) steht demgegenüber, dass »9 Prozent der Soteria-Bewohner während dieser ersten Auswertungsphase Neuroleptika erhalten hatten«.

19 In dem abschließenden Rechenschaftsbericht von 1992 (vgl. MOSHER et VALLONE 1996, S. 124 f.) wird erwähnt, dass es im ersten Untersuchungsjahr zu einem Schwund der Untersuchungspersonen von 10 %, im zweiten Jahr von 24 % kam. Trotz dieses Datenverlustes kommen Mosher und Vallone zu der Einschätzung, dass die Untersuchungsergebnisse für alle Gruppen nicht an Aussagekraft eingebüßt hätten.

- Im Kontrast zur ›1. Kohorte‹ gab es nach **zwei Jahren** keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der kontinuierlichen Medikation (50 % der Soteria-Gruppe gegenüber 70 % der Kontroll-Gruppe) und der Wiederaufnahmequoten (78 % der Soteria-Gruppe gegenüber 87 % der Kontroll-Gruppe). Die durchschnittliche Anzahl der Behandlungstage bei Wiederaufnahme war mit 40,8 Tagen in der Soteria-Gruppe vergleichbar mit 39,7 Tagen in der Kontrollgruppe.
 - Unabhängig vom Behandlungssetting ist die **Vorhersage eines Verlaufes** abhängig von den Einschätzungen von vier psychosozialen Variablen: Bildungsgrad (je höher, desto besser), Lebenssituation (je unabhängiger, desto besser), Arbeit (je erfolgreicher, desto besser) und das Vorhandensein niederschmetternder Lebensereignisse.
 - In der Soteria wurde denjenigen eher **Neuroleptika** gegeben, bei denen von Anfang an hohe psychopathologische Grade diagnostiziert worden waren. Diese Personen hätten sich im Laufe der Untersuchung auch weniger verbessert und seien öfter wiederaufgenommen worden als diejenigen, die keine Medikamente erhalten hatten (vgl. MOSHER et VALLONE 1996, S. 128 ff.).
- c) Kombinierte Analyse der 1. und 2. Kohorte (Soteria-Haus und Emanon-Haus)
- Für aktuelle Veröffentlichungen (vgl. MOSHER 2001) wurden im Nachhinein beide Kohorten kombiniert analysiert und die DSM-II in DSM-IV-Diagnosen umgewandelt, wodurch entweder eine ›Schizophrenie‹ oder eine ›schizophrenieforme Störung‹ in Betracht kam. Für die Untergruppe ›Schizophrenie‹ war die Soteria demnach noch effektiver als das Krankenhaus-Setting. Eine andere Aufteilung der Kohorten ergab, dass 43 % der Experimentalgruppen nie Neuroleptika eingenommen hatten. »Diese Untergruppe hatte deutlich bessere Ergebnisse (...) als alle mit Neuroleptika behandelten Untersuchungsteilnehmer (...). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei den bisherigen Veröffentlichungen der Effekt der Soteria-Behandlung unterschätzt worden ist (...).« (MOSHER 2001, S. 22)

In beiden Kohorten ist die **Aufenthaltsdauer** in der Soteria meist länger als im Krankenhaus, signifikant besonders während des Erstaufenthaltes (durchschnittlich fünf Monate gegenüber einem Monat). Die Wiederaufnahmequoten der Studienpersonen der ›2. Kohorte‹ zeigen, dass beide Behandlungsformen das sog. ›Drehtür-Syndrom‹, also eine hohe Wiederaufnahmequote, nicht sehr gut verhindern können.

Im Vergleich der Ergebnisse der beiden Kohorten hatte das Soteria-Setting bessere Ergebnisse bei der ›1. Kohorte‹. MOSHER et VALLONE (1996, S. 134) glauben, dass sich die ständige finanzielle Unsicherheit demotivierend auf das Personal ausgewirkt habe. Außerdem hätten sich die um das Soteria- und Emanon-House entstandenen sozialen Hilfsnetzwerke allmählich aufgelöst, nachdem feststand, dass beide Einrichtungen geschlossen und das Projekt eingestellt werden würde. Diese selbst organisierten Netzwerke waren in der Nachbarschaft der Projekteinrichtungen im Laufe der Zeit entstanden und boten sowohl der Klientel als auch dem Personal zwischenmenschliche Unterstützung, Unterkünfte, Jobs und Erholungsangebote. Personen der ›2. Kohorte‹ konnten dieses »peer case management« (MOSHER 1995, S. 122) weitaus weniger in Anspruch nehmen, als es während der ›1. Kohorte‹ möglich gewesen war. Darüber hinausgehend vermissen MOSHER et al. (1994, S. 97) eine Studie zur Kombination des Soteria-Settings mit einer üblichen Neuroleptika-Medikation.

1.9.2. Studien über das Behandlungsmilieu und den Behandlungsverlauf

(vgl. MOSHER et al. 1975; WENDT et al. 1983; MOSHER et MENN 1985; MOSHER 1995; MOSHER et al. 1995; MOSHER et VALLONE 1996)

Diese Studien beruhen a) auf der Auswertung von COPES- bzw. WAS-Testungen und b) auf den Ergebnissen einer von der Sozialwissenschaftlerin H. Wilson durchgeführten ethnographisch/anthropologischen Beobachtungsstudie (vgl. MOSHER et VALLONE 1996, S. 119 und 132 f.; WILSON 1982).

a) Die ›Community Oriented Program Environment Scale‹ (**COPES**) und die ›Ward Atmosphere Scale‹ (**WAS**) gehen auf R. Moos zurück (vgl. Moos 1974, 1975) und bestehen aus jeweils 100 ja/nein Fragen zur Wahrnehmung der sozialen Umgebung. In diesen Fragebögen sind Fragen zur realen Situation (z. B. »Wie siehst du es?«) als auch ideale Fragen (z. B. »Wie möchtest du, dass es ist?«) enthalten. Der COPES-Fragebogen wurde in der Soteria verwandt und unterscheidet sich vom WAS-Fragebogen lediglich durch die Benutzung der Redewendung »Gemeindeprogramm« anstelle von »Krankenhausstation« (vgl. MOSHER et al. 1995, S. 160 f.). Diese Fragebögen wurden von Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern, Patientinnen und Patienten der Soteria und des CMHC in regelmäßigen Abständen ausgefüllt, für die ›2. Kohorte‹ geschah dies alle sechs Wochen.

Die folgende Abbildung zeigt ein Beispiel eines **COPES**- bzw. **WAS**-Realitätstest bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des **Soteria-Projektes** und des **CMHC** der ›1. Kohorte‹, basierend auf vorgegebenen Normen des Personals von 160 Stationen:

Milieueinschätzungen Soteria versus Krankenhaus

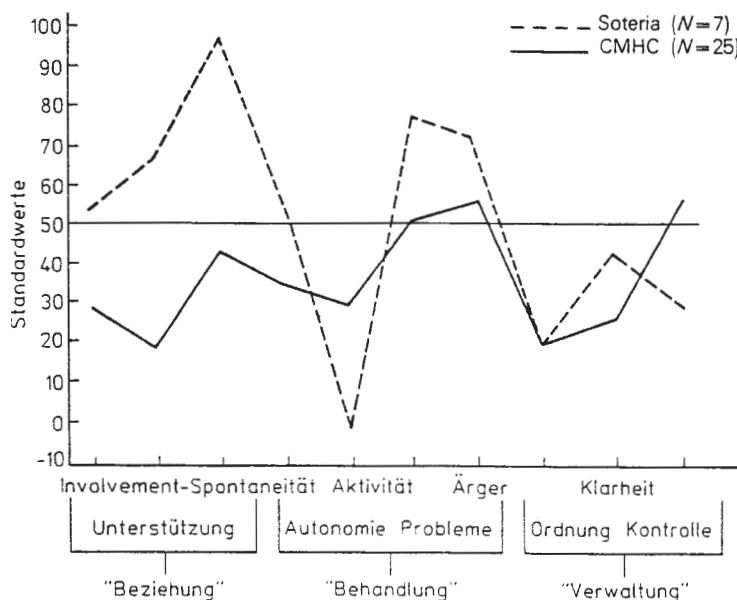


Abb. 4 aus STIERLIN et al. (1985, S. 115)

Das Soteria-Milieu unterschied sich somit in neun von zehn Unterskalen deutlich vom CMHC-Milieu. Übereinstimmung bestand nur in dem Merkmal ›Ordnung und Organisation‹. Die nachfolgende Abbildung 5 zeigt die zeitlichen Veränderungen des **COPES**-Tests bei den **Soteria**-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern. Die Abbildung 6 (S. 40) zeigt entsprechend die zeitlichen Veränderungen des **WAS**-Tests bei den **CMHC**-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern.

Zeitliche Veränderung der Soteria-Einschätzung

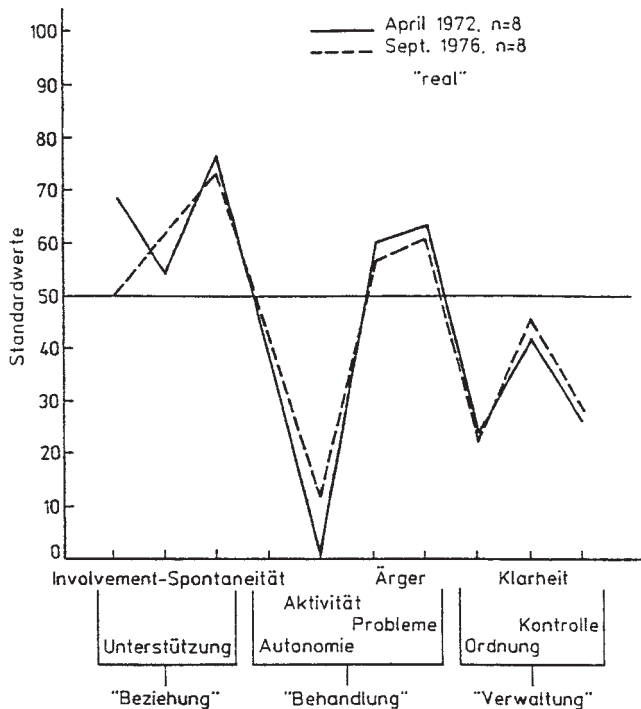


Abb. 5 aus STIERLIN et al. (1985, S. 116)

Fasst man alle Studien zusammen, hatte das Soteria- (und auch Emanon-)Milieu fast immer **signifikant höhere Werte** bei den Untergruppen ›Involvement‹, ›Unterstützung‹, ›Spontaneität‹ (die sog. ›Beziehungsdimension‹), ›Autonomie‹ (= Selbstständigkeit) und ›Klarheit des Behandlungsprogrammes‹. Niedrigere Werte ergaben sich für die Soteria meist bei den Untergruppen ›Aktivität‹ (= Praxis, praktische Fertigkeiten) und ›Kontrolle‹ (durch das Personal). Diese Ergebnisse unterlagen während des dreizehnjährigen Untersuchungszeitraumes nur geringen Schwankungen.

Zeitliche Veränderung der Krankenhauseinschätzung

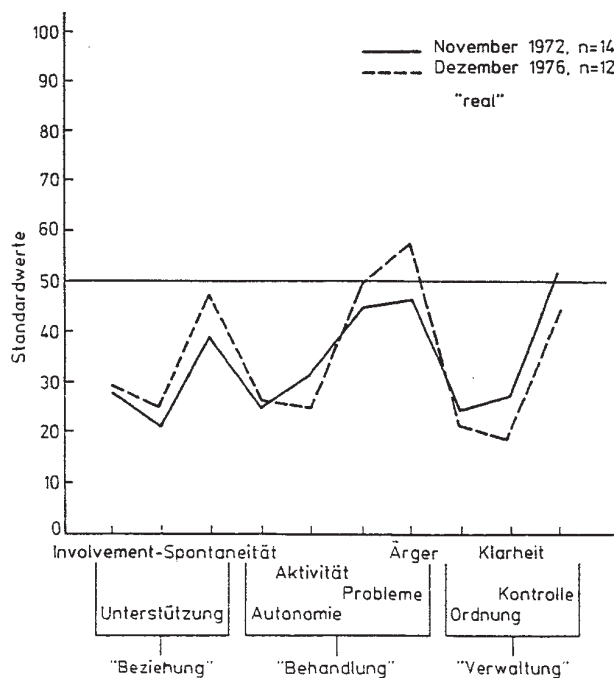


Abb. 6 aus STIERLIN et al. (1985, S. 117)

b) Die Soziologin und Krankenschwester H. Wilson verglich in einer Beobachtungsstudie das Krankenhausmodell mit dem Soteria-Modell.²⁰ Ausgehend von Verhaltensbeobachtungen in den Einrichtungen beschrieb sie das Krankenhaus-Modell als einen »**Verteilungsprozess**« (MOSHER et VALLONE 1996, S. 132; Hervorh. d. d. Autor), »bestehend aus ›Zusammenflicken‹, medizinischer Überprüfung, Zusammenfügen einer Geschichte, Etikettieren und Aussortieren und Verteilen« (a. a. O. S. 132). Demgegenüber wurde das Soteria-Setting als ein »**selbst gesteuerter ›infracontrolling‹ Prozess**« (a. a. O. S. 132, Hervorh. d. d. Autor) bezeichnet, der sich aus den Aspekten Gegenwärtigkeit, Aufrichtigkeit und begrenzte Aufdringlichkeit zusammensetzte.²¹ Die Situation im Emanon-Modell erhielt die Charakterisierung »gemeinsames Weiterentwickeln« (a. a. O. S. 132), gebildet aus den Elementen Geburt, Übergang-Gährung, Ausarbeiten von Nicht-Regeln, Aufspüren persönlicher Wege und Aussortieren relativer Nicht-Identitäten.

²⁰ Bezogen auf die Krankenhausstation beruht Wilsons Studie auf 120 Stunden teilnehmender Beobachtung auf der Krankenhausstation, einschließlich aller Schichtdienste, Gruppentreffen und der Durchsicht der schriftlichen Stationsdokumente und informeller Interviews mit allen Berufsgruppen des Stationspersonals. Das Soteria-Modell war von ihr bereits zuvor mehrfach besucht und beschrieben worden (vgl. WILSON 1976, 1978).

²¹ In sog. ›infracontrolling‹ Prozessen kommt es zu Grenzziehungen durch intuitives und flexibles Handeln.

Wilson arbeitete fünf Hauptkategorien heraus, in denen sich die beiden experimentellen Häuser sehr ähnlich waren, und deutlich von den Kontroll-Einrichtungen unterschieden:

- »1) Ansätze zur sozialen Kontrolle, die ohne festgelegte Regeln, Verordnungen und Anweisungen auskommt;
- 2) Das Bemühen, den notwendigen Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten, um auf diese Weise möglichst viel unverplante Zeit zu haben;
- 3) Begrenzung von Außeneinwirkung auf das Setting;
- 4) Herausarbeiten einer sozialen Ordnung auf der Basis persönlicher Begegnungen
- 5) Einsetzen für ein nicht-medizinisches Modell, das ohne Symptomunterdrückung auskommt.« (MOSHER et VALLONE 1996, S. 133)

Insgesamt bestätigen die unter a) und b) beschriebenen Untersuchungen die vom Soteria-Konzept intendierte und praktizierte Betonung der Beziehungs- und Selbstständigkeits-ebenen. Dass in der Soteria keine Ausnahmesituation bestand, zeigen die nahezu identischen Ergebnisse des Emanon-Hauses.

I. 9. 3. Studien über das Personal

(vgl. HIRSCHFELD et al. 1977; MOSHER et al. 1973²²)

Diese Studie verglich 21 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Soteria mit 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer Universitätsklinik-Station für schizophrene Menschen und einer speziell ausgebildeten Gruppe (N = 7) von »experienced hospital aides in the community program« (HIRSCHFELD et al. 1977, S. 269) hinsichtlich persönlicher Charakteristika.

Im Vergleich dieser drei Gruppen kamen Testmethoden zur Erfassung von Persönlichkeit, Einstellung und demographischen Daten zur Anwendung.²³ Die Ergebnisse wurden in drei Kategorien untergliedert. In zwei Kategorien »**Ich-Stärke**« (umfasste Selbstsicherheit, emotionale Reife und Selbstständigkeit) und »**affektive Qualitäten**« (Wärme, Empfindsamkeit und Einfühlungsvermögen) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. In der dritten Kategorie »**kognitive und einstellungsbezogene Qualitäten**« zeigte die Soteria-Gruppe deutliche höhere Grade an Intuition, Introversion, Flexibilität und Toleranz gegenüber veränderten Bewusstseinszuständen als die beiden anderen Gruppen. In einer Vorabveröffentlichung wurde das Soteria-Personal zudem beschrieben als »having led long lives in relatively few years, and as being tough but tolerant, hard-working, energetic, and well-integrated individuals« (MOSHER et al. 1973, S. 394). Bis auf eine Ausnahme wurden die Familien dieser Soteria-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter als »Problemfamilie« eingeschätzt, in denen sie frühzeitig Selbstständigkeit entwickelt hätten und oft in der Rolle eines »somewhat neutral caretaker for the parent« (a. a. O. S. 394) waren. Niemand unter ihnen war ein Einzelkind, und niemand das älteste Geschwister. Dies ist insofern interessant, als dass zahlreiche ältere Geschwister in der Studie als »significant psychologically impaired« (a. a. O. S. 394) eingeschätzt wurden.

²² Diese Vorabveröffentlichung beschränkte sich auf insgesamt zehn Personen.

²³ A/B Therapist Scale, California Psychological Inventory (CPI), Myers-Briggs Type Indicator, As's Tolerance for Experience Inventory, FIRO-B, Welsh-Barron Figure Preference Test und der verbale Teil der Wechsler Adult Intelligence Scale.

MOSHER et VALLONE (1996, S. 134) weisen darauf hin, dass die Daten keinen Aufschluss darüber geben, ob die gefundenen Unterschiede auf echten Persönlichkeitsdifferenzen beruhen, oder ob sie sich aus der Verschiedenartigkeit der therapeutischen Milieus ergaben. In Interviews äußerten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass sie sich während der Zeit in der Soteria merklich verändert hätten. Sie hätten einen klareres Gefühl ihrer eigenen Identität, was und wer sie seien, einschließlich ihrer Grenzen, eine größere Toleranz und Akzeptanz ihrer selbst und anderer und ein größeres Selbstvertrauen. MOSHER et al. (1973, S. 396) sehen charakterliche Ähnlichkeiten des Soteria-Personals sowohl zu Künstlern als auch zu Psychotherapeutinnen und -therapeuten schizophrener Menschen.

I. 10. Meinungen und Kritiken über das Soteria-House San Jose

- »Wir waren schon davon ausgegangen, dass der direkte persönliche Kontakt, der den Dreh- und Angelpunkt unserer experimentellen Therapie darstellt, mittelfristige (nach ein bis zwei Jahren) Erfolge zeitigen würde, die den mit Neuroleptika behandelten Studienpersonen entsprechen würden, aber dass sich auch schon nach so kurzer Zeit ein solcher Erfolg, der dem Einsatz von Psychopharmaka gleichkommt, einstellen würde, dass dem so war, das war wirklich eine kleine Sensation.« (MOSHER et VALLONE 1996, S. 123 f.)
- Einen Wiederholungsversuch nach dem Soteria-Modell halten MOSHER et al. (1994, S. 97 f.) nur unter Berücksichtigung jener therapeutischer Elemente für realisierbar, welche das erste Soteria-Projekt geprägt hätten (s. I. 2.).
- »Obwohl das Soteria-Haus bessere Ergebnisse erzielte als Krankenhaus- und Medikamentenpsychiatrie, vollbrachte es doch keine Wunder. Es ist nicht einfach, mit ängstlichen, verwirrten und gestörten Menschen zu arbeiten. Aber die Soteria half den Patienten nicht nur, sie vermied es auch, sie zu verletzen. Patienten, die das normale psychiatrische System durchlaufen, nehmen oft monatelang oder länger Neuroleptika und sind somit dem hohen Risiko der tardiven Dyskinesie und anderer bleibender Körperschädigungen ausgesetzt.« (BREGGIN 1997, S. 244)
- »Im Bemühen, den Erwartungen ›wissenschaftlicher Artikel‹ zu entsprechen, unterstreichen die veröffentlichten Berichte nicht einmal einige der menschlichen Werte, die Mosher und Menn in privaten Gesprächen in den Mittelpunkt stellen. Soteria-Klienten gewannen ein weit größeres Gefühl, sich selbst zu verstehen, Selbstbewusstsein und persönlichem Fähigsein. Statt den gehirnschädigenden Medikamenten ausgesetzt zu sein und zu lernen, eine demütigende Krankenhausordnung zu akzeptieren, entwickelten sie durch die Soteria oft ein Gefühl, *unabhängiger und stärker* für Erfahrungen zu sein und besseren Zugang zu ihren Gefühlen und Sehnsüchten zu haben.« (BREGGIN 1997, S. 244)
- »Trotz der Kontroversen, die Soteria häufig verursachte – gewöhnlich wegen ihrer Einstellung gegen Neuroleptika – ist das Projekt überall bekannt. Einige der Vorgehensweisen, die es erarbeitete (z. B. *being with*, Dabeisein), sind in die übliche psychosoziale Praxis aufgenommen worden. So gab dieses Projekt, trotz gelegentlicher Lücken in der Dokumentation, der gesamten Psychiatrie entscheidende Anstöße.« (L. Mosher in MOSHER et al. 1994, S. 9)

»Man kann von Psychosekranken eine Menge lernen über das Leben, seinen Sinn und seine Probleme und auch über sich selbst, wenn man nur auf das hört, was sie sagen, und dies nicht im Licht der Einschätzung betrachtet, dass sie verrückt sind und nicht wissen, wovon sie reden.« (GOLDBLATT 1995a, S. 224)

»»Mental illness« is not a term I use. I don't believe in »mental illness«. I don't know what it means. People are in emotional distress. I think that when someone becomes psychotic, they are hearing voices and seeing things; that's what psychotic means to me. To me it's not that there's this sickness that we need to cover up. Instead, let's look at who they are and why they are now hearing voices.« (BROWN 1996, S. 3)

II. Burch House, Bethlehem, New Hampshire, USA¹



Abb. 7 aus eigenem Bestand

-
- 1 Dieses Kapitel ist eine Darstellung der aus meiner Sicht für diese Arbeit wichtigsten Aspekte des Burch House von 1978 bis Mai 1995. D. Goldblatt schied im Mai 1995 nach rund siebzehnjähriger (!) Tätigkeit aus seiner Stelle als Direktor des Burch House aus. Danach gab es einige Änderungen in der Arbeitsweise des Burch House, die in dieser Arbeit nicht berücksichtigt werden. Im April 2001 stellte das Burch House seine Funktion als therapeutische Wohngemeinschaft aus Geldmangel ein. Seitdem wird es für Seminare und Yoga-Fortbildungen genutzt. Von August 1994 bis April 1995 habe ich im Burch House gelebt und gearbeitet. Nicht im Zusammenhang mit Quellen getroffene Aussagen entstammen aus eigener Erfahrung oder eigenem Nachfragen (vgl. BLÄNKNER et RUNTE 1995).

II. 1. Hintergründe

Das Burch House wurde 1978 von dem Psychotherapeuten David Goldblatt und der Psychotherapeutin Catherine Burch Symmes, deren Familie das Haus stiftete, in privater Initiative gegründet. Goldblatt hatte zuvor vier Jahre bei der Philadelphia Association (s. I. 1. 1.) unter der Supervision von Laing seine psychotherapeutische Ausbildung durchlaufen. Zur Ausbildung gehört und gehörte es, Zeit in therapeutischen Wohngemeinschaften zu verbringen, in denen Menschen in schweren emotionalen Krisen, auch Psychosen, leben. Im Studium mit Laing lernte Goldblatt, wie man Menschen in allen möglichen Formen seelischer und geistiger Krisen durch ein ›**Dabei- und Mitsein**‹ im Bewältigen ihrer Schwierigkeiten helfen kann (s. auch II. 6. a)). Goldblatt übernahm einiges von Laings phänomenologisch orientiertem Therapieansatz und entwickelte ein eigenes therapeutisches Konzept.

»David had much softer manner about him than Ronny Laing did, and that was something that permeated Burch House. Rather than pushing people to do whatever work we thought they might do, it would be more pulling and encouraging them.« (BROWN 1996, S. 1)²

II. 2. Therapeutische Grundlagen und Leitideen³

Das Burch House verstand sich grundlegend als eine Alternative zu psychiatrischen Krankenhäusern und als eine **Wahlmöglichkeit** für Menschen, die bereit sein sollten, **Verantwortung** für ihr eigenes Gesunden zu übernehmen und Teil einer **therapeutischen Gemeinschaft** zu sein. Es wollte eine sichere und unterstützende Umgebung für Klientinnen und Klienten bieten, in der diese ihren eigenen Entwicklungsprozess durchlaufen konnten. Seit seiner Gründung war das Burch House die einzige therapeutische Wohnstätte auf dem amerikanischen Kontinent, die auf einem existenzialistisch-phänomenologischen Ansatz beruhte.

Ausgehend von Goldblatts Erfahrungen in London und in Kenntnis der Projekte von SULLIVAN (1943, 1962), PERRY (1962, 1974, 1976) und MOSHER (s. I.) verfolgte man mit der Einrichtung des Burch House speziell **drei Ziele**. Man wollte zeigen, dass

- eine auf Akzeptanz und wahre Beziehung begründete therapeutische Haltung einen effektiveren Weg darstellt, um mit verstörten Menschen umzugehen als Institutiona-

2 Susan Brown, M. A. und Psychotherapeutin, war die letzte ›Therapeutic Director‹ des Burch House und hat im Haus etliche Jahre anfangs als volunteer, später als intern und ›senior staff member‹ gearbeitet.

3 Obgleich sich die hier dargestellten Leitgedanken in ähnlicher oder leicht abgewandelter Form bei allen Autorinnen und Autoren, die das Burch House in schriftlicher Form vertreten haben, wiederfinden, gab es nicht *das eine* Konzept des Burch House. Wer jeweils zum ›senior staff team‹ gehörte, präsentierte seine oder ihre eigenen therapeutischen Auffassungen (zur Zusammensetzung des ›senior staff teams‹ s. II. 4.). Auch die praktische Realisierung der therapeutischen Leitgedanken unterlag häufigen Änderungen, ohne dass sich allerdings der grundlegende, prozessorientierte Charakter der Einrichtung geändert hätte.

lisierung, exzessiver Gebrauch von Medikamenten, reglementierte Programme oder andere Arten von Zwang;

- kleine, kostengünstige Alternativen zu Psychiatrien realisierbar und effektiv sind;
- ein solches Setting auch Personal mit wenig oder keiner relevanten Vorerfahrung so ausbilden kann, dass Menschen in unterschiedlichsten Krisen erfolgreich geholfen wird. »Burch House has become a place of sanctuary, therapy and training.«

(GOLDBLATT 1993, S. 22)

Hinsichtlich der Ursachen psychischen Leidens, einschließlich Psychosen, werden von GOLDBLATT (1995c, S. 162; vgl. SYMMES 1989) überwiegend soziale Bedingungen verantwortlich gemacht. Menschen, die sich verloren hätten, die leiden würden oder verwirrt seien, hätten letztlich **Beziehungsschwierigkeiten** zu ihrer sozialen Umwelt und sich selbst und würden versuchen, sich selbst zurückzufinden. Körperliche Ursachen psychischen Leidens, wie zum Beispiel Epilepsie, Hirntumoren oder Stoffwechselstörungen, seien die Ausnahme, dürften aber nicht übersehen werden, um gegebenenfalls eine geeignete somatische Therapie zu ermöglichen (vgl. GOLDBLATT 1995a, S. 224).⁴

Aus der existenzialistischen Tradition heraus sind Goldblatt und Symmes der Überzeugung, dass sich ein psychisch kranker Mensch durch unterstützende Beziehungen letztlich nur selbst heilen kann: »The therapist helps; the client does the healing.« (SYMMES 1989, S. 12)

»People must find their own way and all we can do is encourage this work, sometimes silently, by envisioning the client as a whole person. This is done by the heart generating warmth outward and not always by the use of word. People change not from what they are told but from what they have seen for themselves. Often when we tell someone what we think they must do, or what we see the problem to be, we simply confuse things and create resistance. (...) I am referring to a wisdom of the heart whereby the heart, perceiving and responding to experience, becomes the seat of intelligence.« (GOLDBLATT 1986, S. 4 f.)

Man müsse einen unbeirrbaren Glauben an die heilende Kraft in jedem Menschen haben. Wenn man selbst die positive Wirkung von Vertrauen und Hoffnung erfahren hätte, könne man auch mit einem verzweifelt Menschen zusammensitzen und um seine Hoffnung wissen.

Psychische Krisen jedweder Art sollten nicht bekämpft und möglichst sofort beseitigt werden, sondern werden als **Chance für Wachstum und Reife** gesehen. »Being troubled is an essential part of life, and of spiritual and emotional growth.« (GOLDBLATT 1994, S. 2) Das Durchleben von Krisen könne unter Umständen auch bedeuten, sich selbst noch weiter zu verlieren und dieses sich selbst auch zu- und eingestehen zu müssen, um dann nach einer Phase der Neuorientierung zu einem befriedigenderen Leben zu gelangen.

»Often a resident may come in feeling like a child. Our job is not to ›parent‹ but to help develop the realization that a client is an adult and not a child. A person is capable and responsible for her/himself. We will work with someone who feels incapable and

4 Neue Klientinnen und Klienten wurden allerdings nicht dazu verpflichtet, sich vor oder kurz nach ihrem Einzug ins Burch House zum Beispiel bei einem niedergelassenen Neurologen untersuchen zu lassen.

help her/him realize that ›falling down‹ happens and picking one's self up is a skill that can be learned.«⁵

Das **Erkennen**, die **Annahme** und die **Integration** der schwierigen Seiten des Selbst werden als notwendige Entwicklungsschritte betrachtet. Burch House sei ein Ort, an dem man die Chance hätte, alle Ablenkungen des Lebens zu stoppen und sich auf sich selbst zu konzentrieren. Man könne so seine positiven und negativen Seiten entdecken und mit ihnen Freundschaft schließen anstelle sie zu verdrängen. BROWN (1996, S. 3) schreibt hierzu:

»If we know who we are it's a lot easier to say, ›Oh, I know you, I see you. I have choices about what to do about it know.‹ It's like walking hand-in-hand with the dark side, rather than the dark side pushing us.«

Klientinnen und Klienten sollten dazu ermutigt werden, sich so tiefgründig wie möglich kennen zu lernen, damit sie die Abwehrmechanismen und Ängste erkennen, die zu Leid und Verwirrung führen. Wenn das Leid aus bekannten oder unterdrückten Verletzungen mit anderen geteilt würde, könne eine allen Menschen innewohnende natürliche Fähigkeit zu besseren Problemlösungen angeregt werden, sodass Verwirrung und Leid nicht mehr länger nötig seien. Das Meistern einer emotionalen Krise würde schließlich zu mehr Selbstbewusstsein, einer größeren inneren Stärke und Reife führen, und sich langfristig positiv auf die Lebensbewältigung auswirken (vgl. SYMMES 1989, S. 10 f.). »Pain is as important as joy in creating open relationships through which one can live in the world.«⁶

Bezogen auf **psychotische Menschen** wird wiederholt die **Prozesshaftigkeit** des Geschehens mit der Vorstellung von einem lebensgeschichtlich bedingten Anfang, einem weiteren Verlauf und einem Ende beschrieben, dem ausreichend Aufmerksamkeit, Raum und Zeit gegeben werden müsste. Dieser Prozess wird mit einer **Reise** verglichen, während der ein Bewusstsein gezwungen wird, gewohnte Sichtweisen und Realitäten aufzugeben.

»Die Psychose ist Manifestation der Verwirrung oder der panischen Angst, die sich aus der Zerstörung gewohnter Denkstrukturen ergibt. (...) Es wird jemandem etwas klar, ein traumatisches Ereignis tritt ein, oder eine Kette von Geschehnissen oder Traumata im Leben eines Menschen kann dazu führen, dass er/sie aus seiner/ihrer gewohnten Wirklichkeit herausfällt. In einem solchen Augenblick besteht die einzige Chance, sich zu retten, darin, etwas Neues zu finden. Die alte Sichtweise der Dinge treibt in den Wahnsinn. Bei manchen Menschen zieht sich dieser Prozess über Jahre hin, bei anderen kommt es in der Folge eines für die emotionale Konstitution zu heftigen Traumata zu einer plötzlichen Reaktion.« (GOLDBLATT 1995a, S. 226)

Goldblatt spricht von Psychosen auch im Sinne einer selbstständigen **Macht**, die jemanden für länger in einer anderen Wirklichkeit festhalten könne, »so als ob er in einem Gedankenprozess gefangen ist, dem er/sie nicht entrinnen kann« (GOLDBLATT 1995a, S. 223). Entscheidende therapeutische Aufgabe sei es, den desintegrierenden Prozess einer Psychose durch ein Angebot an menschlicher Beziehung und die Aktivierung des **Selbstheilungspotentials**, über das jeder Mensch verfüge, dauerhaft zu beenden, sodass ein von Psychosen bedrohter Mensch nicht in einen vielleicht lebenslangen Kampf zwischen

5 Zitiert aus einem Informationsprospekt über das Burch House.

6 Zitiert aus dem oben genannten Informationsprospekt.

Medikamenten und Krankheit geraten würde. Wichtige Voraussetzungen für eine solche therapeutische Aufgabe seien Geduld und Zeit.

»There is no rushing the process because there is belief and trust that as the days or weeks pass so will the psychotic symptoms. We have seen this happen many times. Our work is not to pressure an end to the psychosis but offer continual safety and sane contact while the psychosis is happening, all day and all night long, using personal contact as part of the remedy.« (BROWN 1997, S. 3)

Zur Umsetzung all dieser Leitideen eigne sich sehr gut eine **therapeutische Gemeinschaft**. Dort gäbe es für Menschen in psychischen Krisen Möglichkeiten zur Unterstützung, Bestärkung, Beziehungsaufnahme, Auseinandersetzung und Realitätsüberprüfung. Würde man leidenden Menschen ein Höchstmaß an Respekt und Würde entgegenbringen, sei damit ein fruchtbarer Boden zur Entwicklung einer Beziehung bereitet. Leidenden und verwirrten Menschen würde sehr oft mit Ablehnung, Mystifizierung und Einschränkung als Antwort auf ihre Gefühle und Erfahrungen begegnet. Eine emotional sichere Umgebung dagegen könne Wunden aus früheren Verletzungen heilen.

»A therapeutic community in which people are present who are familiar with and unafraid of the inner dynamics of disturbed states can be that safe place.« (GOLDBLATT 1986, S. 9) »There is a longing for relatedness on the part of every individual.« (GOLDBLATT 1986, S. 13)

»In einer Gemeinschaft mit anderen zu leben, die darum kämpfen, sich selbst und den Sinn ihrer Existenz zu finden, ist Bereicherung des Lebens. Diese Arbeit kann niemand allein leisten, sie gelingt nur in der Zusammenarbeit vieler.« (GOLDBLATT 1995b, S. 332)

Das Burch House war und ist sowohl als Einrichtung als auch als Idee ein nie fertiger, evolutionärer **Prozess**. Viel gelernt hat man durch das Prinzip ›Versuch und Irrtum‹. Zwei Beispiele aus späteren Publikationen verdeutlichen dies:

»At the start of Burch House I was under the mistaken assumption that we could help people by some way other than being participants in a person's process within a relatively open, honest setting. It has taken a lot of difficult and sometimes painful lessons to realize that one cannot do something to or for another person to make them well, but that people must learn to help themselves. In fact, I believe that supporting the notion that one can ›fix‹ another perpetuates an illusion and fantasy that can lead to trouble.« (GOLDBLATT 1995c, S. 166)

»There was no role model, no one to really teach how to be the director of a project which was pioneering a unique approach to work with suffering individuals and to train others to do the work which was necessary to help get the job done. I thought at one time it was as simple as allowing people to suffer in the way they needed. Allow for that and everything would fall into place. There certainly is truth in that idea, but also a great deal of naiveté.«⁷

Diese Naivität hätte Schwierigkeiten in der praktischen Realisation nicht berücksichtigt. Zum Beispiel bestünden in einer Gemeinschaft mit bis zu 15 Beteiligten sehr unterschiedliche, komplexe und teilweise auch destruktive Beziehungen, es gebe immer wieder falsche und nicht zu verändernde Erwartungen an das Personal, und nicht jede Klientin und

7 D. Goldblatt in: ›Update on Burch House‹. A publication of Burch House, Inc., Vol. 4, No. 2, Winter 1991/2.

jeder Klient sei bereit, die Verantwortung für sich zu übernehmen. Kurz gefasst wurde folgenden Lebensqualitäten therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben:

- » ■ Betonung der **Selbstverantwortung** und persönlichen Freiheit jeder Klientin und jedes Klienten für ihr bzw. sein Leben und ihren bzw. seinen therapeutischen Prozess
- **Zuwendung, Unterstützung und Wärme** zumindest von Seiten des Personals für die Klientinnen und Klienten, welche sich idealerweise auch gegenseitig unterstützen
- **Echte, ehrliche Beziehungen** möglichst aller am therapeutischen Prozess Beteiligten zueinander
- **Zeit und Raum**
- **Sicherheit** vor Selbst- und Fremdgefährdung, vor Zwangsmaßnahmen, Diskriminierung und Demütigung« (BLÄNKNER et RUNTE 1995, S. 4; Hervorh. d. d. Autor)

Man erhob mit dem therapeutischen Vorgehen und der Krisenunterstützung in Form des ›being with‹ keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit.

»We do not believe that we have the answers to life's questions and that there is a right way that one can decide for another. One thing we can do for each other is to help find the possibilities that exist given who we are and who we could possibly be.« (GOLDBLATT 1995c, S. 163)

Das Haus bot Platz für maximal **acht** Klientinnen und Klienten sowie **sechs** therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Neben den 14 Einzelzimmern (welche nach eigenen Wünschen eingerichtet werden konnten) gab es mit einer geräumigen Küche, Wohnzimmer, Keller, Büro und Yogaraum gemeinschaftlich nutzbare Räume. Zum Haus gehörte ein 14 Morgen großes Grundstück, auf dem sich ein großer Kräuter- und Gemüsegarten, ein Holzschuppen, zwei Scheunen, eine Sauna, Rasen- und Waldflächen befanden. Ein Fußweg von rund 30 Minuten trennt das Haus vom nächstgelegenen Ort Littleton, eine Stadt mit rund 10.000 Einwohnern. Das Haus gehört einem gemeinnützigen Verein und wurde in Eigenregie vom Vorstand und dem Direktor verwaltet.

II. 3. Klientinnen und Klienten

Das Burch House war offen für Menschen über 18 Jahre, die sich **in allen möglichen Formen seelisch-geistiger Krisen** befanden, »unless they are actively suicidal, violent toward others, or under the influence of alcohol or narcotic drugs«⁸ (GOLDBLATT 1995c, S. 156; vgl. auch Anhang A). Potenziell stoffabhängige Menschen mussten mindestens sechs Monate drogenfrei gelebt haben, bevor sie aufgenommen werden konnten. Es wurde keine Einteilung in Diagnosen vorgenommen und es gab auch keine Akten. Klientinnen und Klienten kamen aus ganz USA und Kanada und aus allen sozialen Schichten. Die allermeisten hatten zuvor in stationärer oder ambulanter Form Kontakt zur Psychiatrie gehabt. Viele kamen mit dem Ziel, ihre Medikamente abzusetzen. Die Altersspanne

8 »We no longer take on people who are addicted to alcohol or drugs. We learned the hard way how difficult it is to control access to these substances in an open environment like Burch House.« (GOLDBLATT 1995c, S. 164)

reichte von 18 bis über 60 Jahre, mit einem Altersgipfel zwischen dem 30. und dem 40. Lebensjahr.

»People seem to become more reflective in their 30s, and when that happens they start getting scared: ›Here I am almost halfway through my life and I'm not sure that I'm really doing my life.« (...) They have a job, they have a family, they have a life, but there's something major missing – they're not connected. (...) Burch House is a reflective time.« (BROWN 1996, S. 3)

Aufgrund der Struktur des Burch House als **Übergangseinrichtung** wurde es als wünschenswert angesehen, dass Klientinnen und Klienten ein **aktives Interesse** am Verstehen und Bearbeiten ihrer Schwierigkeiten haben. Jede Klientin und jeder Klient war für den eigenen Prozess, das Knüpfen von Kontakten und die eigene Zeiteinteilung selbst verantwortlich. Es gab kein vorgefertigtes Therapieprogramm. Vieles passierte spontan aus dem Alltagsleben heraus.

Außer in Extremsituationen (s. II. 5.; II. 6. b), d)) wurde Klientinnen und Klienten nie ihre Selbstverantwortung genommen. Man ging davon aus, dass je mehr Entscheidungsfreiheit man Menschen in seelischen Krisen nimmt, es desto schwerer für sie ist, diese Entscheidungsfreiheit selbst wiederzuerlangen oder neu zu erlernen.

Klientinnen und Klienten stand es frei, eine **Einzels psychotherapie** innerhalb oder außerhalb des Hauses in Anspruch zu nehmen (s. auch II. 4.). Die Türen des Burch House waren nie abgeschlossen und außer in Extremsituationen, in denen man ernsthaft um die Gesundheit eines oder mehrerer Menschen fürchten musste, stand es allen Hausbewohnerinnen und Hausbewohnern frei, zu kommen und zu gehen, wann sie mochten. Niemand wurde gegen seinen oder ihren Willen über einen längeren Zeitraum im Burch House festgehalten (s. auch II. 7.).

Klientinnen und Klienten entschieden in aller Regel selbst über den Zeitpunkt ihres Auszuges. Selten sprach sich eine Gemeinschaftsmehrheit für einen vorzeitigen Auszug aus. Der zu zahlende Tagessatz schwankte im Laufe der Jahre zwischen \$50 und \$85. Darin waren Essen, Wohnen, die Kosten für das therapeutische Personal und gelegentliche Gemeinschaftsunternehmungen wie Kino- oder Konzertbesuche enthalten. Geldmangel war niemals ein Grund dafür, das Haus verlassen zu müssen, »and every year we maintained up to 100 % charitable support for 25 to 50 % of our clients« (GOLDBLATT 1992, S. 7).

II. 4. Das therapeutische Team

Der Grundstamm des therapeutischen Personals setzte sich aus im Haus wohnenden Menschen, so genannten **Interns**, und nicht im Hause wohnenden ›**senior staff members**‹ zusammen. Ergänzt wurden sie durch Teilzeitangestellte, ehemalige Interns, Klientinnen und Klienten sowie sich mit dem Haus verbunden fühlende **Volunteers**, die auf unterschiedlichste Art und Weise zum therapeutischen Angebot beitrugen (s. auch II. 7.). Bei besonders personal- und zeitintensiven Begleitungen von Klientinnen und Klienten konnten zur kurzfristigen Unterstützung in der Nähe wohnende Volunteers angefragt werden.

Im Unterschied zu den Haushalten der Philadelphia Association in London, in denen nur Klientinnen und Klienten lebten (vgl. I. 1. 1.), hatte Goldblatt bei der Gründung des Burch House Wert darauf gelegt, dass es im Hause wohnendes Personal gab. Eine Mischung aus

Menschen in Krisen mit innerlich stabilen Interns trage zu einem effektiveren und ausbalancierteren therapeutischen Milieu bei als ein Haus voll mit Menschen in emotionaler Not. Als **im Haus wohnendes Personal** kam den Interns daher eine besondere Bedeutung zu. Meist waren sie es, die von Klientinnen und Klienten aufgesucht wurden oder auch selbst auf sie zugen, und mit ihnen viel Zeit verbrachten.

Von Interns wurde ein **Interesse am Haus** erwartet, und die **Bereitschaft**, mit Menschen in schweren seelischen Krisen zusammenleben und ein Stück ihres Weges mitgehen zu wollen. Das sehr intensive Zusammenleben mit leidenden, ängstlichen, depressiven oder psychotischen Menschen war oft ein nicht vorhersehbarer Prozess, aus dem ein Intern viel über Menschen in seelischen Krisen, als auch über sich selbst lernen konnte. Die **Rolle** einer oder eines Interns war nicht die einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten. Interns sollten einfühlsam sein, sie sollten schwierige Menschen aushalten können, ohne sich persönlich zu sehr in deren Probleme verwickeln zu lassen oder Kontrolle auszuüben. Sie sollten in Situationen verbaler oder physischer Konfrontation nicht unangemessen heftig oder gewalttätig reagieren. Sie sollten ein Verständnis für den **Verlauf und die Sprache von Psychosen** gewinnen (vgl. SYMMES 1989, S. 10 f.; GOLDBLATT 1992, S. 17 ff.).

Eine weitere wünschenswerte Eigenschaft war die Bereitschaft, sich persönlich weiterentwickeln zu wollen. Im Burch House bot sich die Möglichkeit, ein großes Bewusstsein darüber zu erlangen, was in Interaktionen mit einem selbst passiert. Interns konnten für Klientinnen und Klienten auch als Modell und Brücke zur umgebenden Welt dienen. Den Interns standen **sehr viele Möglichkeiten** offen, mit Klientinnen und Klienten auch außerhalb ihrer Dienstzeiten in Beziehung zu treten: Gespräche, gemeinsames Einkaufen, Kochen, Spazieren gehen, Kneipen-, Konzert- oder Kinobesuche, oftmals auch in kleineren oder größeren Gruppen.

»Clients come to Burch House to come home to themselves, to discover the nature of their wounds, to resolve that pain and to define and become comfortable in a new internal home for themselves. Interns maintain the container (the therapeutic household) for this process.«⁹

Interns waren oft Studentinnen und Studenten der Psychologie oder Sozialarbeit, Menschen, die sich in einer Therapieausbildung befanden, Psychologinnen und Psychologen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Psychiaterinnen und Psychiater aus Amerika und Europa mit unterschiedlichsten Vorerfahrungen. Mehr als Zeugnisse oder Abschlüsse zählte für eine Bewerbung die **persönliche Entwicklung**. Eine **Vielfalt** an Persönlichkeiten, Alter, Interessen, Talenten wurde gerne gesehen.¹⁰

»With the exception of the two founders, staff and interns are selected not for formal degrees but for natural qualities. They must be strongly centered and balanced within themselves and be capable of unbiased empathy.« (SYMMES 1989, S. 10)

Je länger Interns im Haus lebten, desto sinnvoller war es in der Regel für die Klientinnen und Klienten und für sie selbst. »Training comes through experiencing the Burch House philosophy in practice.« (GOLDBLATT 1993, S. 23) Die Aufenthaltsdauer schwankte zwischen einigen Monaten und einigen Jahren. Interns waren in der Regel für 21 Stunden

9 Zitiert aus dem oben genannten Informationsprospekt.

10 Bezüglich der Aufnahme-prozedur siehe II. 7.

pro Woche im Dienst. Von 9 bis 23 Uhr waren immer mindestens ein bis zwei Interns für jeweils sieben Stunden im Einsatz. Während dieser Zeit sollten sie sich im Haus oder in der Nähe aufhalten und für Klientinnen und Klienten ansprechbar sein.

Hinzu kamen die Teilnahme an Haus- und Teamtreffen, evtl. Einzel- und Gruppensupervisionen, welche von ehemaligen Interns oder ›senior-staff-members‹ angeboten wurden, und ein bis zwei Bereitschaftsnächte pro Woche, in denen jemand im Notfall an die Tür des entsprechenden Intern klopfen konnte. Es blieb den Interns genügend unverplante Zeit, um eigenen Freizeitaktivitäten oder auch Fortbildungen nachzugehen. Interns hatten freies Wohnen und Essen und erhielten bei wirtschaftlich günstiger Lage ein Monatsgehalt von bis zu \$300.

Die Anzahl der festangestellten ›senior staff‹- Therapeutinnen und -Therapeuten war immer abhängig von der finanziellen Situation des Hauses. In Zeiten finanzieller Stabilität gab es bis zu vier vollzeitbeschäftigte ›senior staff members‹, die allesamt über sehr viel therapeutische Erfahrung verfügten.

Neu ins Haus gezogene Klientinnen und Klienten konnten sich auf freiwilliger Basis für eine Therapeutin oder einen Therapeuten entscheiden. Deren Arbeit bestand in der Teilnahme an Gruppenaktivitäten, insbesondere den Gemeinschaftssitzungen, Einzelgesprächen mit Klientinnen und Klienten, der Supervision für Interns und in Verwaltungsaufgaben. Nahezu alle ›senior staff members‹ waren zuvor Interns gewesen; sie blieben meist über viele Jahre in ihrer Anstellung.

»Our abilities as psychotherapists to attend to these people (gemeint sind Klientinnen und Klienten, Anm. d. Autors) is based on the way we see or understand the problem, our willingness to share in our clients' hopes, and our skill in implementing a relationship.« (GOLDBLATT 1993, S. 19)

Therapeutinnen und Therapeuten aus unterschiedlichen Therapieschulen, zum Beispiel Gestalt- oder Musiktherapie, und Volunteers arbeiteten je nach Bedarf und den finanziellen Kapazitäten auf Honorarbasis oder ehrenamtlich im Haus (s. auch II. 7.). Trotz ihrer im Vergleich zu den Interns distanzierteren Rolle brachten sich die ›senior staff members‹ immer wieder auch persönlich ein:

»One of the major things that happen at Burch House is, that the clients get to know who I am, not to the point where I am talking away from them, but to the extent that I am sharing myself. That's very different from the patriarchal model where you sat and were quiet and didn't say anything.« (BROWN 1996, S. 3)

»Therapist's families also participate in Burch House; therefore, clients see the therapists in their own real-life situations. This may help to demystify some of the elements of the therapeutic relationship.« (GOLDBLATT 1986, S. 11)

In einer knappen Zusammenfassung seiner Arbeit als offizieller Direktor betont Goldblatt die Notwendigkeit einer abwartenden Haltung:

»For the director there are further complications in that most people connected with Burch House have agendas or expectations or desires in relation to me, such as for me to be the good father or strong leader or fulfill the fantasy of the weak or angry father or judgmental leader. (...) What I found out over the past fourteen years is that coming into this job and being a ›good‹ director bears only a small connection to executive leadership qualities and a very large connection to relating with individuals while holding on to few expectations. Actually, I've found that I've had to ›let go‹ (Hervorh.

d. d. Autor) again and again so that people have room to do things their own way, which of course is the only way.«¹¹

II. 5. Von der Begleitung zur Stabilisierung

II. 5. 1. Die Begleitung von Menschen in akuten psychischen Krisen

Die Ausführungen in diesem Abschnitt beziehen sich primär auf die Begleitung psychotischer Menschen. Laut GOLDBLATT (1994, S. 4) kann man das Prinzip des ›being with‹ aber auch auf Menschen mit anderen psychischen Problemen übertragen:

»Whether you are in the presence of severe anxiety or mania, depression, psychosis, or the many possibilities of emotional turmoil, the process is still the same that you must stay with the person during the crisis episodes.«

Für viele Menschen, die sich in akuten Krisen befanden, war das Burch House zunächst einmal eine sichere, Akzeptanz, Zuwendung und Ruhe bietende Zufluchtsstätte. Je nach Zustand der Klientin oder des Klienten und den Kapazitäten des Hauses konnte für eine gewisse Zeit auch eine Rund-um-die-Uhr-Begleitung ermöglicht werden. Kam ein akut psychotischer Mensch ins Haus, wurde zunächst einmal Wert auf seine oder ihre **materielle Sicherheit** gelegt.

»Staff needs to set a tone of comfort and reassurance when dealing with psychosis. (...) First order of action for staff is very concrete: Establish the physical boundaries that are needed to keep the person physically safe and well. This includes proper clothes for existing weather, food for sustenance and establish where she is allowed to go and with who (...).« (BROWN 1997, S. 5)

Klientinnen und Klienten hätten eine größere innere Freiheit ihren Prozess zu durchlaufen, wenn sie sich nicht um ihre äußere Sicherheit sorgen müssten. Das normale Weiterführen des Haushalts würde mit dazu beitragen, dass eine Psychose ihren natürlichen Verlauf nähme. Je nach Einschätzung des psychotischen Zustandes wurde einigen Menschen eine **räumliche und personale Konstellation** vorgegeben (s. auch II. 6. b), d):

»The physical space we set up for the client is created from what we have learned from our past experiences and from changes we observe in their behaviour. Depending on how bizarre the behaviour is we decide what size container we set up for them. The more difficult the behaviour the smaller the container. As mentioned above some might stay in their rooms for a while, but with our company, not alone. The goal is to interact in some manner with the person who is in the psychotic experience.« (BROWN 1997, S. 5)

Neben der materiellen Sicherheit bemühte man sich, ein Gefühl der immateriellen Sicherheit und des aufgehobenseins zu vermitteln. Zentrales Element war dabei das ›Dabei-oder Mitsein‹. **Unvoreingenommenheit, Intuition** und **Empathie** wurden als wichtige Voraussetzungen angesehen, um auf das Fühlen und Erleben eines psychotischen Menschen hilfreich eingehen zu können. Erfahrungen aus miterlebten oder eigenen Krisen

¹¹ D. Goldblatt in: ›Update on Burch House‹. A publication of Burch House, Inc., Vol. 4, No. 2, Winter 1991/2.

konnten ebenfalls sehr fruchtbar sein. Die Klientin oder der Klient sollten möglichst immer in der führenden Rolle sein und ihr bzw. sein Prozess sollte als **eigenständiger Wert** angesehen werden: »If we accept suffering and recognize the ontological significance of inner events, then the chaos of the individual will begin to order itself.« (GOLDBLATT 1986, S. 12)

Im Burch House wurde häufig die Erfahrung gemacht, dass sehr viele Klientinnen und Klienten eine ungeheure Bereitschaft zeigen, die schwierigen Seiten ihrer Persönlichkeit zu erleben und zu bewältigen, wenn sie in der Gegenwart eines akzeptierenden und mitfühlenden Menschen sind. Als Begleiterin oder Begleiter muss man aber nicht nur in einer passiven Rolle verbleiben, sondern kann sich auch aktiv auf einen wechselseitigen **Dialog** zubewegen. Man kann versuchen, mit dem bzw. der Psychosekranken zu kommunizieren und auf das einzugehen, was ihn oder sie bewegt. Das, was Außenstehenden als offensichtlich absurd erscheint, ist für den psychotischen Menschen meist von großer innerer Bedeutung.

»Bei einer Psychose gilt es, darauf vorbereitet zu sein, die Sprache der Kranken zu sprechen und sie auf der Reise, auf dem Weg des Krankheitsprozesses so zu begleiten, dass ihnen geholfen wird, sich ihren Problemen zu stellen und sich von dem Ort im Bewusstsein wieder zu entfernen, an dem sie gefangen sind oder in einer Falle sitzen. (...) Es werden sich viele Möglichkeiten ergeben, den Kranken von dem Ort in seinem Bewusstsein, an dem er gefangen ist, wegzulocken, indem man ihn/sie mit Informationen konfrontiert, die er/sie bei ihrem/seinem Wüten und Toben aus sich herausgelassen hat.« (GOLDBLATT 1995a, S. 226 ff.)

Zur Bewältigung einer Psychose kann es unter Umständen förderlich sein, andere als sprachliche **Ausdrucksmittel** zur Verfügung zu stellen.

»Psychosis is an expression and the more tools that are offered for the person's use the more the expression can become tangible and concrete. Items are available to work with: clay, paint, paper. These expressions are also helpful once the psychosis has passed. The works can also be seen by the ›sane‹ people who are lost and confused about what the devil is happening around them. The client, of course, decides if s/he will share these pieces with others.« (BROWN 1997, S. 6)

Ein weiterer Baustein einer **angemessenen Begleitung** besteht darin, überzogene oder verzerrte Vorstellungen von der Wirklichkeit als solche zu erkennen, und mit ihnen in für die Klientinnen und Klienten sinnvoller Weise umzugehen. In nahezu jeder Psychose gäbe es Gefühle von Angst und Misstrauen. Wichtig sei es dann, dem bzw. der Psychosekranken mit dem **richtigen Maß zwischen Nähe und Freiraum**, sowie einer eigenen **gefestigten, aufmerksamen und beruhigenden Haltung** zu begegnen:

»Eine Möglichkeit, jemanden von einem Ort der Angst wegbewegen kann, besteht darin, zunächst einmal anzuerkennen, dass es der andere Mensch ist, der Angst hat, und diese Angst nicht mit seiner eigenen durcheinander zu bringen. Wenn die Angst des anderen einen selber beunruhigt, dann wird die eigene Angst die des anderen steigern. Wenn man angesichts der Angst eines anderen Menschen die Ruhe bewahrt, wird diese Ruhe zur Beruhigung des anderen beitragen.« (GOLDBLATT 1995a, S. 227)

Zudem könne die alleinige Anwesenheit einer Person, die jemanden dazu drängt oder zwingt, keine Angst zu haben, eine Steigerung der Angst bewirken. Begleiterinnen und Begleiter sollten dem zu begleitenden Menschen also sowohl eine unaufdringliche und

geduldige Aufmerksamkeit widmen, als auch sich über eigene Gefühle und Gedanken bewusst sein.

»It is more important to know what one is doing than to know what one must do.« (GOLDBLATT 1986, S. 5) »Being with someone who is struggling with the question of who he or she is helps me to learn who I am. We can learn the art of living by seeing the process our clients go through.« (a. a. O. S. 13)

Eine Vermischung eigener Wahrnehmungs- oder Lebensprobleme mit denen der Klientinnen und Klienten sollte möglichst vermieden werden, um den um Sicherheit und Orientierung ringenden Menschen in seiner Krise nicht noch weiter zu verunsichern. Es sei moralisch nicht vertretbar, wenn Interns die Situation eines psychotischen Menschen ausnutzen würden oder nicht ehrlich mit ihm seien, »denn wieder gilt, selbst wenn der Kranke nicht erkennbar reagiert, wird solches Verhalten die Situation verschlimmern« (GOLDBLATT 1995a, S. 229).

Das grundlegende Prinzip, psychotischen Menschen den Raum zu geben, sich selbst ausdrücken zu können, fand seine Beschränkung bei ernsthaft zerstörerischem Verhalten, und wenn die Gefahr bestand, dass jemand sich selbst oder andere ernsthaft gefährdete (vgl. GOLDBLATT 1995a, S. 228 f.). Die Anwesenheit von zwei oder mehr betreuenden Personen war in solchen Situationen sehr hilfreich. Oft genügte die bloße Anwesenheit mehrerer Personen, die auf dem Fußboden sitzen, um einen Ausbruch gewalttätigen Handelns zu verhindern. Falls die betreffende Person ihr Verhalten nicht änderte, bemühte sich zumindest das anwesende Personal um eine klare Grenzziehung. Mehrere Menschen konnten jemanden zum Beispiel durch ein **Auf-dem-Boden-Halten** physisch unter Kontrolle halten, ohne ihn oder sie zu verletzen. Man nahm an, dass sich diese Grenzziehung durch Menschen viel positiver auf den Heilungsprozess auswirkte als der Einsatz mechanischer oder medizinischer Mittel. Während des Niederhaltens wurde immer versucht, mit dem betroffenen Menschen zu sprechen und ihn oder sie zu beruhigen und seine bzw. ihre Beweggründe zu verstehen. Dieses achtsame Niederhalten konnte mitunter Stunden dauern, und wurde erst dann beendet, wenn die betreuenden Personen der Meinung waren, dass sich der psychotische Mensch deutlich beruhigt hatte und keine Gefahr mehr für ihn und andere bestehe.

II. 5. 2. Das Burch House als Übergangseinrichtung

Neben seinem Angebot der Krisenbegleitung verstand sich das Burch House auch als Übergangseinrichtung. Therapeutisches Ziel war es, Klientinnen und Klienten zu einem **weitestgehend selbstständigen Leben** zu verhelfen, in dem sie dann bestenfalls nicht mehr auf therapeutische Hilfe angewiesen wären. Vier Elemente sollten eine solche Entwicklung fördern:

1. Das Eingehen von **Beziehungen** zu anderen Hausbewohnerinnen und Hausbewohnern

Im Mittelpunkt der emotionalen Arbeit standen das Eingehen, die Klärung, das Reflektieren und gegebenenfalls auch das Auflösen von Beziehungen. Durch das Miteinanderleben entstanden zwangsläufig reale Kontakte und Konflikte. Jede Hausbewohnerin und jeder Hausbewohner kam mit bestimmten **Beziehungserfahrungen** und **Beziehungsmustern** ins Haus, welche insbesondere für die Klientinnen und Klienten in aller Regel belastend gewesen waren.

»Schwierige Beziehungsstrukturen, inadäquate Problemlösungsstrategien, unverarbeitete Traumata können Menschen aus der Bahn werfen und müssen bearbeitet bzw. verändert werden, um **langfristig** (Hervorh. d. d. Autor) eine positive Veränderung möglich zu machen. Mit seinen vielfältigen Möglichkeiten, sich vor allem in Beziehungen zu erproben, dient das Haus diesem Zweck. (...) Im Burch House geht man davon aus, dass es den ›quick fix‹ nicht gibt.« (N. Blänkner in BLÄNKNER et RUNTE 1995, S. 8).

Hausbewohnerinnen und Hausbewohner lebten in einer **komplexen, familienähnlichen Struktur**, in welcher sich fortlaufend neue soziale Prozesse abspielten.¹² Konflikte wurden, soweit sie die Gemeinschaft betrafen, in den Haustreffen besprochen.

»That's ›milieu‹, that's what happens at Burch House, people get a chance to see who they are and how they are within relationship. That's a major facet of Burch House – the House of Mirrors.« (BROWN 1996, S. 2)

»One client was complaining about another: ›He is so immature, I'm so sick of how he's acting.‹ There's some way that his actions are reflecting something in herself.« (BROWN 1996, S. 2)

Vergleichbar mit den in I. 5. beschriebenen Veränderungen gab es auch im Burch House **fließende Übergänge** von komplementären zu symmetrischen, gleichberechtigten Beziehungen zwischen dem Personal und den Klientinnen und Klienten (vgl. auch VI. 3. 3.). Das Zusammenleben in der Gruppe bot natürlich auch Klientinnen und Klienten untereinander vielfältige Möglichkeiten, Beziehungen aufzubauen und Vertrauen zu finden. »There's a lot of peer counseling that goes on at Burch House, and it works quite well.« (BROWN 1996, S. 4)

Aufgabe der **von außen** ins Haus kommenden Therapeutinnen und Therapeuten war es unter anderem, das wahrzunehmen, was zwischen den Hausbewohnerinnen und Hausbewohnern passierte, um dies widerzuspiegeln und ggf. zu intervenieren.

2. Die **Mitbeteiligung naher Verwandter, Freunde** etc.

Klientinnen und Klienten wurden darin ermutigt, ihre Familie bzw. andere enge Lebensgefährtinnen und -gefährten mit in ihren Prozess einzubeziehen, sofern beide Seiten dazu bereit waren und es die geografischen Verhältnisse erlaubten. Es bestand die Möglichkeit zu familientherapeutischen Sitzungen, in denen häufig die Methode des ›**reflective team**‹ angewandt wurde (vgl. ANDERSEN 1990).

3. Die **Übernahme von Arbeiten und Aufgaben** im Haus oder außerhalb des Hauses, wie zum Beispiel Holzhacken, Einkaufen, Rasenmähen, etc. (s. auch II. 7.)

Hierdurch sollten eine größere lebenspraktische Selbstständigkeit und erste Schritte außerhalb des Hauses gefördert werden.

4. Die **individuelle Zeitgestaltung**

Bewusst wurde darauf verzichtet, den Tagesablauf zu stark vorzustrukturieren (s. auch II. 7.). Damit sollte selbstständiges Handeln unterstützt und eine zu starke Abhängigkeit von einem therapeutischen Angebot verhindert werden. Viele Klientinnen und Klienten verspürten nach einer individuell sehr unterschiedlichen Zeitdauer der hauptsächlich

¹² Mein Eindruck war: Es gab zwischen allen eine hoch verdichtete Beziehungsdynamik, eine permanent brodelnde Suppe menschlicher Zutaten inklusive eigener Ängste, Verletzungen, Enttäuschungen, Freuden und Zufriedenheit. Wer für sich etwas daraus lernen wollte, konnte dies zweifelsohne.

chen Beschäftigung mit sich selbst und den Vorgängen im Haus ein Gefühl der Langeweile, und entwickelten von selbst den Wunsch, sich nach außen zu orientieren. In der ländlich geprägten Umgebung gab es zwar nicht sehr viele, aber immerhin doch einige Möglichkeiten einer Teil- bzw. Vollzeitarbeit, zum Beispiel als Aushilfe im Video-Shop, nachzugehen, oder sich am ›College for Longlife Learning‹ in der Nachbarstadt weiterzubilden.

II. 6. Beispielverläufe

- a) »Meine erste Erfahrung bei der Philadelphia Association sah so aus, dass man mich in eine der im Haus existierenden Gruppen brachte, um ›bei‹ einer Frau zu bleiben, einer Volkswirtschaftsprofessorin, die seit kurzem unter einer Psychose litt.« (GOLDBLATT 1995b, S. 326) »She had never had any serious emotional disturbance before this time. (A few weeks later when we had some group meetings with her family it became clear to me that there was enormous family conflict and a great deal of anger.) I had been brought in to relieve the people who had been up with her all night. When I was taken into the sitting room just off the kitchen where this woman was, we were introduced and then left alone for about five hours.« (GOLDBLATT 1992, S. 3) »Man führte mich in den Haushalt, bzw. in den Raum, in dem sich die Frau aufhielt, auf dem Boden, völlig unbedeckt und damit beschäftigt, sich mit den Fingern in den Anus zu greifen und kleine Klümpchen von Exkrementen herauszuholen, die sie sich in Haar und Gesicht schmierte. Ich war damals 30 Jahre alt, und obwohl ich schon viele Stunden mit Menschen verbracht hatte, während sie schlimme Erfahrungen mit Drogen durchmachte, war diese Situation völlig neu für mich. Ich saß bei ihr, ohne einschätzen zu können, was als nächstes passieren würde oder was ich tun sollte. Wenn sie auch mit etwas beschäftigt war, was für mich keinen Sinn ergab, so ging ich doch davon aus, dass es für sie in irgendeiner Weise Sinn machte. Nach einer Weile fragte ich sie, ob es ihr recht sei, wenn ich ihr helfen würde, ein Bad zu nehmen. Zu meiner Überraschung stimmte sie meinem Vorschlag zu und freute sich über die ihr entgegengebrachte Aufmerksamkeit und Zuwendung.« (GOLDBLATT 1995b, S. 326) »My intention in describing this situation is to illustrate how deeply disturbed or bizarre people can be and, with simple human contact, return to a stable way of being with others. I am sure that many of the readers have been exposed to very extreme, bizarre and even dangerous situations. I am in no way implying that all people can be helped through a serious crisis or that dangerous situations should be taken lightly.« (GOLDBLATT 1992, S. 4) »Etwa zehn Tage blieb die Frau in diesem psychotischen Zustand, oft die gesamte Nacht über wach, über Dinge redend, die unsinnig schienen, oft in Auseinandersetzungen mit denjenigen verwickelt, die bei ihr waren, und gelegentlich in der Versuchung wegzulaufen. Dann begann sie allmählich mit den Personen, die sich abwechselnd um sie kümmerten, zu kommunizieren, sie begann, sich von ihrer Psychose zu ›befreien‹.« (GOLDBLATT 1995b, S. 326) »Eventually she went back to work.« (GOLDBLATT 1992, S. 4) »Dieser Prozess, sich in einer Psychose zu befinden und dann nach und nach zu normalem Verhalten und Kommunizieren zurückzufinden,

und dies als Resultat des Zusammenseins mit anderen, schien mir das Natürlichste von der Welt zu sein.« (GOLDBLATT 1995b, S. 326)

- b) »Unmittelbar nach der Gründung von *Burch House* wurde vom diensthabenden Pflegepersonal der örtlichen Psychiatrischen Klinik eine 18 Jahre alte Frau zu uns gebracht. Man hatte ihr in der Aufnahme zur Wahl gestellt, sich ins Krankenhaus einweisen zu lassen oder zu uns ins *Burch House* zu gehen. Das Mädchen war psychotisch, redete sehr viel und war sehr verängstigt. Ihre Psychose war so, als ob sie auf einem LSD-Trip war, von dem sie herunterkommen konnte. Die meiste Zeit, außer für kurze Angstphasen, schien es ihr prima dabei zu gehen, die Wände ihres Zimmers zu tapezieren, wobei sie anscheinend Dinge in ihrem Leben sah und verstand, die sie vorher so nicht wahrgenommen hatte. Während ihrer Psychose mussten wir diese Frau rund um die Uhr betreuen, weil sie sonst vielleicht wegelaufen oder in zu große Angstzustände geraten wäre, wenn sie allein war. Im Verlauf dieser akuten Zustände redete sie ununterbrochen über ihr Leben, in einer Art und Weise, wie sie das vorher wohl nie getan hatte. Vieles von dem, was sie sagte, brachte sie sehr bewegt und in bilderreicher Sprache vor. Oft kam es vor, dass sie darum bat, in ihrem Raum festgehalten zu werden, während sie versuchte, aus dem Raum wegzulaufen. Im wahrsten Sinne des Wortes hielten wir sie dann auf dem Boden nieder oder führten regelrecht Ringkämpfe mit ihr, um sie am Weglaufen zu hindern. Diese Phasen von Kampf und körperlicher Auseinandersetzung wurden regelmäßig abgelöst von einer Phase der Ruhe und Erholung für sie. Ich hatte den Eindruck, dass sie, symbolisch gesehen, den Versuch unternahm, sich durch ihren psychotischen Zustand hindurchzukämpfen oder sich aus ihm zu befreien. Wenn wir sie im Raum eingesperrt hielten, dann war das ein innerer Kampf, während den Raum zu verlassen ihr die Möglichkeit eröffnet hätte, sich diesem inneren Kampf zu entziehen. Dass sie es war, die diese Art von Kampf suchte, bedeutet für mich, sie hatte zu irgendeinem Zeitpunkt herausgefunden, was für sie am besten war und was ihr helfen konnte. In weniger als zwei Wochen hatte sie sich von ihrer Psychose befreit. Während dieser zwei Wochen verbrachte die Frau die meiste Zeit im Haus selbst oder in unmittelbarer Nähe. Praktisch immer war jemand bei ihr, außer wenn sie sich in ihrem Zimmer aufhielt und ausdrücklich darum bat, allein zu sein. Solange wir sicher sein konnten, dass es keinerlei Gefahrenmomente für sie gab, ließen wir sie dann allein und natürlich auch dann, wenn sie schlief. Gelegentlich wurde sie sehr misstrauisch und ängstlich. (...) Die Frau hatte kurz zuvor ihr zehn Monate altes Kind verlassen, als Teenager war sie von ihrem Vater sexuell missbraucht worden und obendrein war sie noch stark alkoholabhängig und nahm, als sie psychotisch wurde, Amphetamine. Es zeigte sich im Verlaufe des Aufenthaltes im *Burch House*, dass die Diagnose dieser Situation vielschichtig und komplex war, die Alkoholabhängigkeit und die Einnahme von Amphetaminen, der sexuelle Missbrauch, der von der Familie so gut wie gar nicht aufgegangen wurde, und dazu noch die Verwirrung, die sich aus dem Verlassen des Kindes ergab – dies alles zusammen führte zu dem Zusammenbruch, in dessen Folge sie schließlich den ohnehin schwachen Zugriff auf ihre Lebenswirklichkeit, wie sie ihn für sich über Jahre aufgebaut hatte, verlor.« (GOLDBLATT 1995a, S. 226 ff.) »Actually she stayed at Burch House at our expense for the next four years, because what unfolded was an

extremely complicated situation which required intensive, long involvement before Sue was stable enough to successfully make it in the world. Now she has done so. She is in a stable marriage, has a young child and she works as a staff member in a group home.« (GOLDBLATT 1992, S. 15)

- c) »Beim Einsatz von Medikamenten haben wir im Burch House viele Überraschungen erlebt. So war ein Mann zu uns gekommen, der mehrere psychotische Erlebnisse hinter sich hatte, den man ins Krankenhaus eingewiesen, starke Medikamente verabreicht und dem man gesagt hatte, er müsse diese Medikamente für den Rest seines Lebens nehmen. Der Mann war Soldat in Vietnam gewesen, und bei seiner Psychose schien es sich um eine posttraumatische Reaktion zu handeln. Obwohl der Vietnamkrieg damals schon beinahe 15 Jahre vorbei war, schien der psychotische Prozess wieder in Gang gesetzt worden zu sein als Folge der Teilnahme des Mannes an lang andauernden Gesangs- und Atemzeremonien der Sufi-Religion. Mit Beginn seines Aufenthaltes im Burch House setzte der Mann die Medikamente ab, die er fünf Monate lang eingenommen hatte. Dies konnte er tun, weil der Arzt ihm den Umgang mit seinen Medikamenten freigestellt hatte.

Diese Entscheidung erwies sich als positiv, sechs Monate lang zeigten sich keinerlei Symptome. Nach sechs Monaten allerdings stürzte er in eine wilde Psychose, in der er zu einem Soldat wurde, der Burch House vor dem Feind beschützte. Er pflegte auf dem Bauch durch Haus und Garten zu robben und hielt endlos Nachtwachen gegen Eindringlinge. Er war sehr kräftig und kontrollierte Menschen und Situationen um sich herum mit Gewalt. Auch wenn er dabei gelegentlich jemanden sehr fest am Arm packte oder ihn mit in ein anderes Zimmer oder auf ein Sofa zerrte, so hat er doch nie jemanden verletzt. Während der gesamten Zeit ging um ihn herum der Betrieb im Burch House so normal weiter, wie es sich unter den gegebenen Umständen einrichten ließ.

Eines Abends, nach fünf schlaflosen Tagen und Nächten, bat dieser Mann jemanden vom Pflegepersonal, ihm eine seiner Haldol-Tabletten zu geben, damit er Schlaf finden könne. Nach einer endlos langen, erholsamen Nacht wachte er in psychosefreiem Zustand auf.

Seitdem er 1986 Burch House verlassen hat, stehe ich in regelmäßigem Kontakt zu diesem Mann, und es ist zu keinem erneuten Zusammenbruch gekommen, und er hat auch seit dieser Zeit im Burch House nie wieder Medikamente genommen.« (GOLDBLATT 1995b, S. 330 f.)

- d) »Hannah (Name geändert), 40 Jahre, Mutter zweier Kleinkinder, wurde von ihrem Mann nach Burch House gebracht. Etwa ein Jahr nach der Geburt des jüngsten Kindes wurde sie zum zweiten Mal in ihrem Leben manisch. Nach einem kurzen Klinikaufenthalt, bei dem sie mit Psychopharmaka behandelt wurde, holte ihr Mann sie wieder nach Hause. Dort konnte er ihre körperliche Sicherheit nicht gewährleisten. So lieh er das Ferienhaus eines Freundes und engagierte zwei Krankenschwestern, die acht Wochen rund um die Uhr auf sie aufpassten. Ihr Zustand änderte sich nicht, Medikamente nahm sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr. Ihr Misstrauen gegenüber den Schwestern und ihrem Mann nahm stetig zu.

In seiner Verzweiflung sah dieser Burch House als letzte Hoffnung. Doch hatte er an unserem Umgang mit ihr einen großen Wunsch: Wir sollten sie auf keinen Fall mit

ihren Psychose-Inhalten konfrontieren, auf keinen Fall auf diese eingehen, das würde sie doch noch mehr verwirren. Genau das aber konnten wir ihm nicht versprechen. Hannah tanzte, sang und lachte, rückte Möbel, versuchte, jeden Mann im Haus zu verführen und vieles mehr. Dabei konnte sie ernsthaft böse werden, wenn man sie in ihren Aktivitäten behinderte. Die MitarbeiterInnen des Hauses versuchten zunächst, vorsichtig eine Verbindung herzustellen, sie durch das Haus zu begleiten. Dabei wurde immer klarer, dass sich hinter all diesem bizarren Verhalten eine unendlich große Angst versteckte. Am Morgen des zweiten Tages brachten wir sie in ihr Zimmer, einen ruhigen, überschaubaren Raum, in dem jeweils zwei Menschen bei ihr blieben. Uns schien, dass sie einen kleinen, reizarmen Raum brauchte, der ihr nicht so viele Möglichkeiten bot, vor ihrer Angst und deren Ursachen davonzulaufen. Unsere Aufgabe bestand in dieser Situation darin, ihr klarzumachen, dass sie vor uns und im Haus keine Angst zu haben brauche, sich aber überwinden müsse, sich dem zu stellen, wovor sie davonzulaufen versuche. Ihre Lieder, Geschichten und Reaktionen gaben uns immer wieder Anhaltspunkte, wo ihre Problematik liegen könne, worauf wir in der Kommunikation mit ihr auch eingegangen sind. Im Laufe der Stunden wurde Hannah deutlich ruhiger, war mehr ›bei uns‹. Sie bat darum, wieder in die Küche zu dürfen. Dort schließlich konnte sie weinen, und über ihre Sorgen, ihre Vergangenheit sprechen. In dieser Nacht konnte sie endlich schlafen. Ich hatte am nächsten Morgen die letzte ›Wache‹ vor ihrem Zimmer. Als sie aus ihrem Zimmer kam, stellte ich mich wieder auf eine anstrengende Zeit ein. Doch Hannah bat mich um einen Kamm, wollte sich frisch machen, denn sie wusste, dass ihr Mann kam. Mir erschien diese Hannah ein völlig unbekannter Mensch zu sein, doch ihr Mann war glücklich, meinte, dies sei wieder die Frau, die er geheiratet habe. Hannah fuhr nach Hause, die Sehnsucht nach ihren Kindern war zu groß. Wir hatten Sorge, dass sie nicht stabil genug sei, um den Belastungen, die auf sie warteten, gewachsen zu sein, doch konnten wir sie nur gehen lassen und ihr viel Glück wünschen.« (N. Blänkner in: BLÄNKNER et RUNTE 1995, S. 6)

II. 7. Soziale, organisatorische und zeitliche Strukturen

In der Hausgemeinschaft zu leben beinhaltete zumindest die Teilnahme an den drei wöchentlichen Haustreffen und einen Beitrag zum Kochen, Spülen, Reinigen und sonstigen Gemeinschaftsaufgaben, beispielsweise Gemüse ernten oder Schnee schaufeln, zu leisten. Die Haus- und Gartenarbeit sollte möglichst gerecht unter den Bewohnerinnen und Bewohnern des Hauses aufgeteilt werden. »When we share the responsibilities of maintaining our *home*, we open the doors to share our wounds and pain.«¹³ Zog sich jemand aus für die übrige Gruppe nicht nachzuvollziehenden Gründen über längere Zeit zurück, oder beteiligte sich kaum am Gemeinschaftsleben, wurde eine Aufforderung zum Auszug in Erwägung gezogen.

»Die Tatsache, dass wir eine Gemeinschaft bilden, wird ernst genommen, und alle sollen an dieser Gemeinschaft teilhaben, oder Burch House ist nicht der richtige Ort für

13 Zitiert aus dem oben genannten Informationsprospekt.

sie. Diese Praxis gründet sich auf jahrelange Erfahrung, die uns gelehrt hat, dass dann, wenn Menschen nicht bereit sind, sich der Gemeinschaft anzuschließen, Burch House als therapeutische Gemeinschaft und sein Konzept Schaden nehmen.« (GOLDBLATT 1995b, S. 329)

Wenn jemand zum Beispiel über mehrere Wochen fast ausschließlich in seinem Zimmer lebte, kaum Sozialkontakte hatte und sich nicht an den Unterhaltungen des Hauses beteiligte, ergaben sich in der Gemeinschaft häufig kontroverse Diskussionen darüber, ob und wie lange man dies tolerieren könne. In Abhängigkeit von den Toleranzgrenzen der Hausbewohnerinnen und Hausbewohner wurde mit solchen und ähnlichen Situationen immer individuell umgegangen.

»Laggards feel pressure from other clients and begin to do their share. (...) As people begin to realize that they are not going to be told what to do, they become more willing to participate in activities.« (SYMMES 1989, S. 10 f.)

Die **Haustreffen** dauerten durchschnittlich zwischen ein und zwei Stunden, und waren selten inhaltlich festgelegt. Die einzige gemeinsame Mahlzeit am Tag war das Dinner gegen 18 Uhr. Jede Klientin und jeder Klient hatte also neben der erwünschten Teilnahme am Gemeinschaftsleben reichlich Zeit, einen **eigenen Rhythmus** zu finden, nach eigenem Belieben aufzustehen, den Tag zu gestalten und spontanen Ideen zu folgen.

»Burch House, one of the few alternatives of its type, follows a principle of autorhythmia, meaning that people are allowed to respond to their own preferred patterns of life.

Following natural patterns enables people to know themselves.« (GOLDBLATT 1986, S. 10)

Jede Hausbewohnerin und jeder Hausbewohner hatte die gleichen Rechte und in Abstimmungen, zum Beispiel über den Einzug eines neuen Klienten oder einer neuen Intern, jeweils eine Stimme. Vom Prinzip her waren fast alle hausrelevanten **Entscheidungen** Mehrheitsbeschlüsse der Gemeinschaft. Der Direktor und der Vorstand des Hauses entschieden, unter Berücksichtigung der Meinungen von Hausbewohnerinnen und Hausbewohnern, eigenverantwortlich über die grobe finanzielle Planung, und die Einstellung von Voll- oder Teilzeitherapeutinnen und -therapeuten.

Die **Aufnahmeprozedur** war für Klientinnen, Klienten und Interns identisch. Zunächst gab es ein Erstinterview mit möglichst allen Mitgliedern der Gemeinschaft für ca. ein bis zwei Stunden. Hatten beide Seiten nach einer Bedenkpause von einem Tag keine größeren Einwände, wurde ein Termin für einen 3-Tages-Besuch vereinbart, in dessen Verlauf es mindestens noch ein Gespräch mit der Hausgemeinschaft gab. Konnten sich wiederum nach einer Bedenkzeit von einem Tag beide Seiten ein Zusammenleben bzw. Zusammenarbeiten vorstellen, stand einem Einzug nichts mehr im Wege. Ausnahmen von diesem Verfahren gab es, wenn große Entfernungen zu überbrücken waren (dann sofortiges Probewohnen) oder wenn sich die Gemeinschaft im Voraus darüber klar war, dass man einen psychotischen Menschen auch ohne vorheriges Kennenlernen aufnehmen konnte. In der Regel lebten **nicht mehr als zwei akut psychotische Menschen gleichzeitig** im Haus. »There needs to be a mix so there is a balance and people can learn from each other, both about their distress and their joys.« (BROWN 1996, S. 1) Interns wie Klientinnen und Klienten konnten ihre Kinder, eigenen Hausrat und/oder Haustiere mitbringen.

Voll- und Teilzeitangestellte, ehemalige Interns, Volunteers, Klientinnen und Klienten sorgten je nach Vorbildung und den Bedürfnissen im Haus für ein sich im Laufe der Zeit änderndes Angebot an Gesprächen, Yoga, Wanderungen, Kunstprojekten, Malen, Ton-

arbeiten, Sitzmeditationen, etc. Yoga- und Meditationsübungen waren für viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr nützlich, um ruhiger, klarer und entspannter zu werden.

»Each activity offered is an opportunity to delve deeper into an understanding of who they are, how they function in relationship with others and how those elements affect the distress they experience.« (BROWN 1997, S. 2)

Fünf **Hausregeln** sollten von allen Hausbewohnerinnen, Hausbewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingehalten werden:

- Respektierung der Privatsphären; Privaträume werden, außer in Gefahrensituationen, nur auf Einladung betreten
- Kein Gebrauch illegaler Drogen
- Keine Selbst- oder Fremdgefährdung bzw. -verletzung
- Keine Zerstörung von Fremdeigentum
- Kein Sex zwischen Klientinnen bzw. Klienten und therapeutischem Personal

Bei Wutausbrüchen kam es gelegentlich dazu, dass Geschirr kaputt ging, Fensterscheiben brachen oder Türen beschädigt wurden. Neben dem Versuch diese Ausbrüche zu verstehen erwartete man, dass die Schäden von der Verursacherin bzw. vom Verursacher allein oder mit Hilfe behoben wurden. Falls jemand eine nicht mehr tragbare Gefahr für sich oder andere darstellte und alle Möglichkeiten des Hauses ausgeschöpft waren, wurde die Polizei bzw. eine psychiatrische Abteilung eingeschaltet. Diese Situation trat selten auf, durchschnittlich ca. einmal in eineinhalb Jahren.

»Es ist mir vollkommen klar, dass es Situationen gibt, in denen Menschen so ernsthaft gewalttätig oder selbstmordgefährdet sind, dass der Einsatz von Medikamenten oder die Einlieferung in ein Krankenhaus unvermeidlich werden. Doch seitdem ich auf diesem Gebiet arbeite, sehe ich solche Situationen, die wirklich eine Medikation verlangen, zunehmend seltener.« (GOLDBLATT 1995b, S. 328)

II. 8. Der Umgang mit Medikamenten

Im Burch House gab es kein medizinisches Personal und, abgesehen von einer Erste-Hilfe-Apotheke, auch keine weiteren medizinischen Einrichtungen. Den Klientinnen und Klienten stand es frei, sich zum Beispiel von dem Psychiater vor Ort Medikamente verschreiben zu lassen. Circa 50 % aller Klientinnen und Klienten hatten vor ihrer Zeit im Burch House mindestens einmal von Psychopharmaka Gebrauch gemacht (vgl. GOLDBLATT 1995c, S. 165).

Die Einstellung zu Medikamenten war oft eine sehr umstrittene Angelegenheit und es gab eine Reihe von Missverständnissen und Gerüchten über die Position des Burch House. Klientinnen und Klienten sollten die Chance haben, **selbst herauszufinden**, ob sie Medikamente brauchen oder nicht, zum Beispiel durch Absetzversuche.

»We do not push people into getting off their medication. It's a very individual thing. In the past we pushed to get people drug-free. (...) It's a choice for the person. I want them to decide for themselves.« (BROWN 1996, S. 4)

»But clearly, as we learned by experience, some people require medications and do better when taking them. However it seems best to let them find this out for themselves, and therefore be comfortable with the need.« (SYMMES 1989, S. 12)

Medikamenten wurde unter bestimmten Umständen die **Fähigkeit** zugesprochen, jemandem dabei zu helfen, seine innere Stabilität zurückzuerlangen.

»Auch wir meinen, dass es Fälle gibt, in denen Medikamente helfen können, und wir meinen auch, dass es besondere Umstände geben kann, unter denen eine Behandlung mit Medikamenten über einen kurzen oder langen, sogar lebenslangen Zeitraum sinnvoll und nützlich sein kann. Wir sehen auch, dass Medikamente ein wertvolles Hilfsmittel sein können, um jemanden durch eine schwierige Phase zu helfen, insbesondere wenn er auf sich allein gestellt ist und keine Unterstützung durch andere hat.« (GOLDBLATT 1995b, S. 330)

Der Ansatz des Entwicklungsgewinnes aus einem medikamentenfreien Durchleben einer Krise wurde nicht dogmatisch vertreten und als immer automatisch richtig angesehen.

»Es ist schwierig, die wahre Bedeutung der Tiefe des Leidens eines anderen Menschen zu ermessen und zu verstehen, ob diese Leidenserfahrung für den anderen gut oder schlecht ist. Doch natürlich kann ein Mensch in die Lage kommen, in der der Leidensdruck nicht mehr auszuhalten ist und er sich so gegen die positive Tendenz der Reise durch die Psychose wendet.« (GOLDBLATT 1995a, S. 229).

Den meisten Menschen in emotionalen Krisen könne jedoch **ohne Medikamente** wirksam geholfen werden, wenn sie an einem Ort seien, der ihnen die Chance biete, mittels zwischenmenschlicher Unterstützung ihre Krise zu durchleben (vgl. GOLDBLATT 1995b, S. 328). Viele Psychopharmaka würden Klientinnen und Klienten dergestalt **maskieren**, dass sie sich in einer für sie und die Beteiligten scheinbaren Sicherheit befänden. Anteile in ihnen würden »abgedämpft« oder ausgeschaltet, die zur Bewältigung ihrer Krise bedeutsam sein könnten, wie zum Beispiel körperliche und emotionale Empfindsamkeit, Lernfähigkeit, nonverbales und verbales Ausdrucksvermögen, Konzentrationsfähigkeit, etc. Die Empfehlung, Medikamente zu nehmen, wurde abhängig gemacht von der Zeit ohne wirkliche Veränderung einer Klientin oder eines Klienten, dem Ausmaß der Erschöpfung des Personals und der Einschätzung, ob eine Situation wirklich gefährlich war.

II. 9. Therapeutische Wirksamkeit

Bis Mai 1995 haben rund 200 Klientinnen und Klienten im Burch House gelebt. Rund ein Viertel von ihnen waren bei ihrem Einzug psychotisch (vgl. GOLDBLATT 1995c, S. 165). Sehr viele Klientinnen und Klienten litten unter Depressionen, starken Ängsten oder waren in ihrer Vergangenheit sexuell missbraucht worden. Da sich bislang weder ein entsprechendes wissenschaftliches Institut für das Burch House interessierte noch eigene Forschungsgelder bereitstanden existieren keine wissenschaftlichen Studien.¹⁴ Nach zehn Jahren und in Kenntnis des Verlaufes von ca. 70 Klientinnen und Klienten kommt SYMMES (1989, S. 16) zu folgendem Ergebnis:

»Our definition of success is the ability to live constructively in the larger community. Those who do so but still require some supportive services we call improved. Adding

14 Vgl. SYMMES (1989, S. 16): »Finding an accurate control group would in itself be very difficult, as would be comparing or contrasting the different philosophic orientations and methods.«

these two categories together, our success rate has varied from 60% to 70%. The unsuccessful include those whom we could not help.«

Laut mündlicher Aussage von D. Goldblatt hat nahezu jede und jeder in irgendeiner Weise vom Haus profitiert, die oder der länger als ein bis zwei Monate im Haus war, zum Beispiel durch das Neu- oder Wiedererlernen lebenspraktischer Fertigkeiten. Die **Aufenthaltsdauer** variierte zwischen einem Tag und fünf Jahren, der Durchschnitt lag bei rund ein-einhalb Jahren. Die überwiegende Mehrheit aller Klientinnen und Klienten hatte einen **einmaligen Aufenthalt**. Dies sei durch die Arbeitsweise des Hauses bedingt. Wenn das Konzept jemandem zugesagt hätte, dann hätte sich die Klientin oder der Klient auch meist die Zeit genommen, um Grundsätzliches in ihrem oder seinem Leben so zu verändern, dass spätere Aufenthalte in einer therapeutischen Einrichtung nicht mehr nötig gewesen wären. Bis zum Mai 1995 hat sich im Burch House niemand das Leben genommen. Zusammenfassende Erkenntnisse aus langjähriger therapeutischer Erfahrung sind (vgl. GOLDBLATT 1992; 1995b, S. 328 ff.; 1995c, S. 160 ff.):

- Gerade für Menschen in ihrer **ersten schweren Krise** ist die Chance am größten, durch menschliche Zuwendung mehr für sich zu erreichen als durch Psychopharmaka und Hospitalisierung. Diese, von Goldblatt auch in London so gemachte Erfahrung, ist unabhängig von der Art des Leidens und drückt sich auch in einer geringeren Rückfallrate aus.
- Etliche Klientinnen und Klienten des Burch House haben ihre **Psychose vollständig und dauerhaft ohne den Einsatz von Medikamenten überwunden**. Ein paar von ihnen haben, so Goldblatt, mehrere medikamentenfreie Jahre im Burch House gebraucht, um am Ende einer langen, teilweise sehr schwierigen Entwicklung eine dauerhafte innere Festigkeit zu erlangen, welche sie durch den Einsatz von Medikamenten vermutlich niemals erreicht hätten.

»It is interesting that anyone who was not on medication did not start taking medication while they were at Burch House.« (GOLDBLATT 1995c, S. 165)
- Hinsichtlich der Wirksamkeit des Burch House bedeutet es einen großen Unterschied, ob jemand bereits etliche Jahre oder gar keine bzw. nur für kurze Zeit Medikamente genommen hat. Die Wahrscheinlichkeit für eine medikamentenfreie Begleitung und ein medikamentenfreies Leben sinkt mit der Dauer und der Dosis der bisherigen Einnahme.

»In all fairness I could tell as many stories of people who did not clear their psychosis. (...) Most of those people who did not clear had been on medication for an extended period or had been in and out of hospital many times.« (GOLDBLATT 1992, S. 5)
- Es ist schwierig zu sagen, so GOLDBLATT (1995c, S. 165), für welche Klientinnen und Klienten das Burch House am geeignetsten sei, »but I believe that this type of facility works well for people who have **not been hospitalized or medicated**« (Hervorh. d. d. Autor). Diejenigen, welche sich im Gemeinschaftsleben engagierten, profitierten am meisten von ihrem Aufenthalt.

»Menschen, die sich gegen die Teilnahme am Gemeinschaftsleben sperrten, die Stabilität der Gemeinschaft zu untergraben suchten oder durch Intrigen Beziehungen zerstören wollten, solche Menschen haben sich während ihres Aufenthaltes im Burch House nicht verändert. Wer mit der Erwartung kommt, jemand anders werde ihn/sie ›richten‹, und wer diese Haltung beibehält, wird seine Lage kaum verändern können,

bis er selber die Verantwortung für seinen Heilungsprozess übernimmt. Im Burch House tun wir alles, was in unserer Macht steht, Menschen in die Lage zu versetzen, diese Verantwortung zu übernehmen.« (GOLDBLATT 1995b, S. 331)

Einige Klientinnen und Klienten verließen das Burch House nach relativ kurzer Zeit mit dem Gefühl, dass ihnen eine **so offene Struktur nicht wirklich helfen kann**.

»A small percentage of patients at Burch House were never appropriate for us nor we for them. Although we believe that more than one-half of the patients who have come and gone from Burch House have benefited a great deal, some benefited very little, and a few harbor angry feelings toward us. I imagine this is experienced in any facility.« (GOLDBLATT 1995c, S. 165)

II. 10. Meinungen und Kritiken über das Burch House

- »To a greater extent, perhaps, than any of the programs described so far in this book, the people at Burch House believe that psychosis is a transitional state that may lead to positive life change for the person experiencing it.« (WARNER 1995, S. 154)
- »Indem den KlientInnen im Haus die Selbstverantwortung für ihr Leben nie abgenommen wird, müssen sie diese nicht auch erst wieder in mühsamen Schritten, durch arbeits- und sonstige soziotherapeutische Mittel wiedererlangen.« (N. Blänkner in BLÄNKNER et RUNTE 1995, S. 8)
- »Ich denke, Burch House unterscheidet sich in einigen Dingen von den oben genannten Soteria-Häusern. Die Aufenthaltsdauer ist nicht auf sechs Monate beschränkt. Diagnosen werden bewusst nicht gestellt und Akten nicht geführt. Interns leben im Haus, und ein/e jede/r hat die Mitverantwortung für den Fortbestand und das Aussehen der Gemeinschaft. So scheint es in einigen Aspekten radikaler. Ich weiß nicht, ob es besser ist. Doch ich bin sicher, dass jeder Versuch, Medikamente durch Zuwendung und Respekt zu ersetzen, lohnenswert ist.« (N. Blänkner in BLÄNKNER et RUNTE 1995, S. 8)
- »In the summer of 1985 a client told a news reporter who was writing a story about Burch House that, »the way they treat you at this house has an enormous potential for healing. They meet you where you are and put out a hand. They don't try to make you fit into any preconceived idea or expectation, they truly are with you.« (GOLDBLATT 1986, S. 14)
- »The strength of the community is that it can operate like a compassionate, perceptive, conscious extended family, and, in my opinion, that's what creates a climate for healing. Society's prevailing attitudes toward emotional disturbance – labeling, diagnosing, stigmatizing and fearing have the opposite, adverse effect. (...) One of the hallmarks of therapeutic community, as experienced at Burch House, is its simplicity and integrity, in all matters. Honoring essential humane values eliminates excessive bureaucracy, administrative costs, and waste.«¹⁵
- »This house in the woods isn't the fairytale one of happy endings or cruel demises

15 Aussage der Mutter eines Klienten des Burch House, zitiert aus »Update on Burch House«. A publication of Burch House, Inc., Vol. 8, No. 1, Spring 1995.

in the witch's oven. It is more ordinary than that. Welcome home to yourself. You are in every room, every mirror, behind every door. Meet your past here, breathe some fresh air on it. Drop it or make a banner of it and hang it on your wall. Paper your room with your stories or flush them down the toilet. Meet now, washing dishes, putting on your shoes, weeding the garden. Feel yourself pause as another moves towards you. Name the holes in your life. Approaching the end, you realize your pockets have always contained the pebbles to show you the way home.«¹⁶

- »Dear Katy, it has been almost two years since I saw you last at Burch House. During my life I've been diagnosed as a ›functional psychotic‹, ›manic depressive‹, ›delayed stress syndrome‹, ›schizo‹, and ›mystic with psychotic features‹, etc. (depending on what I looked like at the time). When I came to Burch House I was diagnosed as being a human being and accepted as part of the Burch House family. This is what made all the difference for me. Working with other people there was also very important for a loner like me. I didn't feel as isolated, the insights I gained have been effective in my life and art therapy studies. So I want to thank you again for your work and for making Burch House possible. Sincerely (...)«.¹⁷
- »Man könnte die Zentren (gemeint sind Einrichtungen wie z. B. das Burch House, Anm. d. Autors), so wie es Vogelschutzgebiete gibt, als Menschenschutzgebiete bezeichnen, in denen dem Kranken die Möglichkeit geboten wird, seine Reise ungehindert zu vollenden.« (R. D. Laing in TIME LIFE 1992, S. 77)

¹⁶ Zitiert aus einem Informationsprospekt über das Burch House.

¹⁷ Dies ist der Brief eines ehemaligen Klienten an seine frühere Therapeutin, abgedruckt in TIME LIFE (1992, S. 77).

»Das Soteria-Team musste sich schnell gegen zu hohe Erwartungen wehren. Seine Antwort auf allzu drängende Fragen hat auch heute noch Gültigkeit: Macht es selbst! Die eigenen Erfahrungen sind die einzig wirklichen.« (E. Aebi in AEBI, CIOMPI et HANSEN 1993, S. 7)

»Soteria bedeutet für alle etwas ganz Persönliches.« (E. Aebi in AEBI, CIOMPI et HANSEN 1993, S. 174)

III. Soteria Bern, Schweiz

III. 1. Hintergründe

Aus einer Unzufriedenheit mit den herkömmlichen therapeutischen Methoden heraus suchte L. Ciompi in den 60er und 70er Jahren nach besseren Behandlungsmöglichkeiten für schizophrene Menschen. Ciompi war unten anderem der Ansicht, dass manche der üblichen Bedingungen einer psychiatrischen Anstalt einen antitherapeutischen Effekt auf psychotische Menschen hätten und zu einer Chronifizierung der Psychose beitragen (vgl. CIOMPI 1980). »Das Beste, was ich fand, war für mich ganz klar die Soteria!«¹ (L. Ciompi in CIOMPI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 16). Dort habe man auf natürliche Weise, ohne Hektik und ohne Standesunterschiede miteinander gelebt und gearbeitet. Ciompi, von 1977 an Leiter der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik in Bern, wollte ein ähnliches Projekt mit einigen Veränderungen in der Schweiz einführen. Für ihn war

»(...) das erste und vordringlichste Ziel, das es zu erreichen galt, die endliche Überprüfung und Replikation der doch so hochinteressanten – aber von der wissenschaftlichen Psychiatrie kaum beachteten – Befunde von MOSHER und Mitarbeitern aus den 70er Jahren (...)« (CIOMPI 1993a, S. 175).

Glückliche Umstände führten 1983 zum Erwerb eines Hauses in der Berner Innenstadt durch den Verwalter einer gemeinnützigen Stiftung, welche dieses Haus seither ohne Auflage zur Verfügung stellt. Träger des Projekts ist der Verein »Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern«. Die Finanzierung geschieht über eine private Stiftung, Krankenkassen, die Invalidenversicherung und staatliche Beiträge. Die Arbeit in der Soteria Bern begann im Mai 1984.

1 Gemeint ist die Soteria Kalifornien, vgl. I.

III. 1. L. Ciompis Schizophreniemodell

Die Wurzeln des Projekts finden sich im zuvor beschriebenen Soteria-Projekt Kalifornien, in Ciompis Schizophreniemodell, auf welches zunächst näher eingegangen wird, und in weiteren sozio- und pharmakotherapeutischen Ansätzen.

Ciampi beschreibt in seinem **Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie** die Entstehung und den Verlauf schizophrener Psychosen unter Berücksichtigung biologischer und psychosozialer Einflussfaktoren (vgl. CIOMPI 1981, 1984, 1988a, 1991, 1994; siehe Abb. 8).

Ciompis Schizophreniemodell

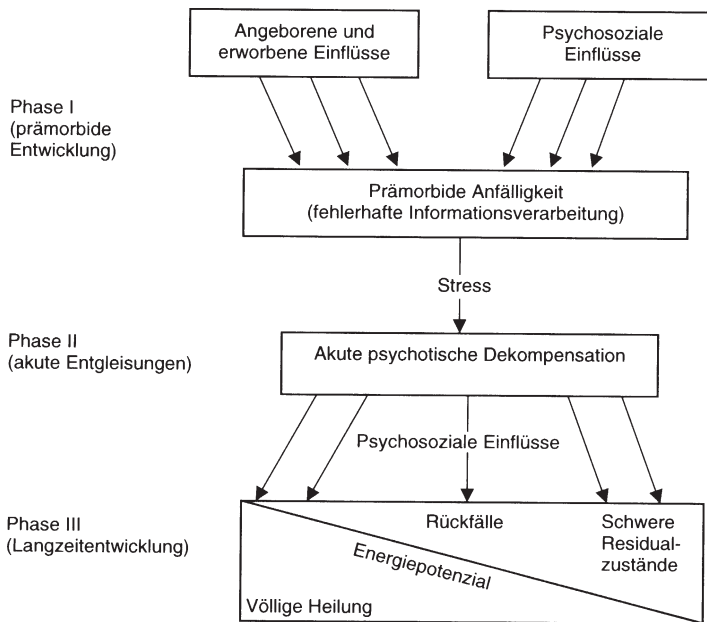


Abb. 8 aus STIERLIN et al. (1985, S. 65)

Die **erste Phase** beginnt danach mit der Geburt bzw. Konzeption und reicht bis ins Vorfeld einer Psychose. Sie beschreibt die Entwicklung einer »prämorbid schizophreneren Vulnerabilität« (a. a. O. S. 428), die geprägt ist durch den wechselseitigen Einfluss genetischer oder perinatal bedingter biologischer Störungen als auch ungünstiger psychosozialer Umstände. Kennzeichen dieser im Vergleich zu den meisten Menschen erhöhten Verletzbarkeit ist eine »reduzierte affektiv-kognitive Belastbarkeit, Sensitivität und »Dünnhäutigkeit«, d. h. eine **Informationsverarbeitungsstörung** im weitesten Sinn« (CIOMPI et al. 1991, S. 428; Hervorh. d. d. Autor). Dabei muss der zentrale

»(...) Begriff der »Information«, d. h. dessen, was in schon bestehende affektiv-kognitive Bezugssysteme informiert werden soll, im Gegensatz zur geläufigen Informati-

onstheorie (...) keineswegs als etwas nur Kognitives, sondern als etwas *spezifisch Kognitiv-Affektives* aufgefasst werden. Klare innerpsychische Strukturen – und damit auch Klarheit und Sicherheit im Verhalten, d. h. in der Informationsverarbeitung – können somit nur aufgrund zwischenmenschlicher Erfahrungen und Kommunikationsformen entstehen, in denen Fühlen und Denken (bzw. affektive und kognitive Kommunikationselemente oder Botschaften) »authentisch« sind, d. h. nicht im Widerspruch zueinander stehen« (CIOMPI 1985a, S. 62 f.).

Sowohl system- und kommunikationstheoretisch (vgl. BATESON 1956; SELVINI-PALAZZOLI et al. 1977) als auch psychoanalytisch orientierte Autoren (vgl. SINGER et al. 1978; STIERLIN 1975) haben wiederholt darauf hingewiesen, dass in den Familien und im Umfeld schizophrener Menschen vermehrt verwirrende Kommunikationsformen vorzufinden sind. Gegensätzlichkeiten, Unklarheiten und das sog. Double-bind-Phänomen beanspruchen sehr stark das informationsverarbeitende System (vgl. HIRSCH et LEFF 1975). Wenn jedoch die erlebten Erfahrungen zweideutig und unverständlich sind, werden es auch die »(...) entsprechenden innerpsychischen Repräsentanzen – und damit das repetitive Verhalten im betreffenden Bereich sein müssen. Die neuere Psychoanalyse (und nicht nur sie) lehrt, dass das zwischenmenschliche Verhalten entscheidend durch die Repräsentanzen seiner selbst (Selbstbild, Selbstwert- und Identitätsgefühl, Ich-Grenzen, usw.), der wichtigsten Bezugspartner (Objektbild) und ihrer gegenseitigen Beziehungen geprägt sind. Gerade in diesen Bereichen aber liegen nach psychoanalytischen Erkenntnissen die hauptsächlichen Störungen bei Schizophrenen und schizophreniegefährdeten Menschen (KERNBERG 1980; STIERLIN 1975)« (CIOMPI 1985a, S. 62).

Betroffene Menschen reagieren demnach aufgrund einer unzureichenden Fähigkeit zur Informationsverarbeitung auf emotionale wie soziale Anforderungen vermehrt mit Spannung, Aufregung und Verwirrung.

Durch »(relativ) stressvolle, eskalierende psychosozial-biochemische Prozesse« (CIOMPI 1985a, S. 64) kann es in der **zweiten Phase** des Modells zu akuten Entgleisungen wie Depersonalisations- und Derealisationserscheinungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen bis hin zu einer Psychose kommen. Eine Psychose definiert sich demnach als eine »**krisenhafte Überforderung eines Informationsverarbeitungssystems von reduzierter Verarbeitungskapazität**« (CIOMPI et al. 1991, S. 428; Hervorh. d. d. Autor). Aus der sog. Life-events-Forschung (z. B. KATSCHNIG 1980) ist bekannt, dass belastende Lebenssituationen, besonders solche, die Wechsel und Neuanpassung bedingen, bei gefährdeten Personen aus statistischer Sicht gehäuft als Ursache psychotischen Erlebens vorkommen. Insbesondere laufen disponente Jugendliche und junge Erwachsene dann Gefahr psychotisch zu werden, wenn es ihnen nicht gelingt, wichtige Entwicklungsschritte (z. B. Ablösung vom Elternhaus, Berufs- und Partnerwahl, Schwangerschaft, Geburt) zu vollziehen. Auch eine uneingeschränkte, normale Verarbeitungskapazität könne keinen Menschen davor schützen, dass es unter extremen Belastungen zu psychotischem Erleben kommt (vgl. CIOMPI 1985a, S. 61).

Die **dritte Phase** beschreibt die Langzeitentwicklung, die von der völligen Heilung bis zu schweren Residualzuständen reichen kann, und das Ergebnis von in sich verflochtenen biopsychosozialen Wechselwirkungen mit Einschluss von Schutz-, Abwehr- und Selbstheilungsmechanismen ist (vgl. CIOMPI 1985b, 1989; CIOMPI et MÜLLER 1976). Wichtig sind der sensorische und soziale Stimulationsgrad der Umgebung, die therapeu-

tischen und rehabilitativen Bemühungen und die Stabilität zwischenmenschlicher Beziehungen. Aufgrund der Vielfalt der situativ-sozialen Einflüsse ist der Einzelverlauf im Grunde nicht vorhersagbar, sodass auch die Möglichkeit sog. »Spätbesserungen« (CIOMPI 1985a, S. 64) besteht.

CiOMPI versucht mit seinem Modell der Affektlogik eine **Integration zwischen biologischen und psychosozialen Aspekten des Menschen** herzustellen, indem er bestimmte Thesen und Forschungsergebnisse aus unterschiedlichsten Wissenschaftsdisziplinen (Entwicklungspsychologie, Physiologie, psychobiologische Emotionstheorien, Befunde zu Informationsaufnahme- und Informationsverarbeitungsdefiziten bei schizophrenen Menschen, Familien- und Kommunikationsforschungen, etc.; vgl. CIOMPI 1994) berücksichtigt. Man könne die biologisch-chemische Bedingtheit unseres Gehirns natürlich nicht leugnen. Allerdings habe die Umgebung eines Menschen einen wichtigen Einfluss auf die ablaufenden biochemischen Prozesse.

»Wenn ich ein Milieu schaffe, das mich entspannt, dann ändert sich etwas in meinem Hirnstoffwechsel, und umgekehrt verändert sich die die »neurobiologische Stimmung« meines Körpers und Gehirns ebenfalls in einer angsteinflößenden oder aggressiven Umgebung. Das ist der theoretische Ansatz, auf dem das ganze Soteria-Experiment letztlich basiert.« (CiOMPI in CIOMPI, HANSEN et NOUVERTNÉ, S. 20 f.)

Neben den biologisch-psychosozialen Wechselwirkungen gibt es auch innerpsychische Prozesse, die sich gegenseitig beeinflussen. Zu jedem Denkvorgang gehört ein Affekt und umgekehrt favorisiert jeder Affekt bestimmte Denkläufe und erschwert oder verhindert andere.

»Vereinfacht gesagt, lässt sich zum Beispiel im Affekt der Angst oder der Wut nur manches denken und vorstellen, andere Denkinhalte, obzwar in der Person an und für sich vorhanden, sind in diesem Affekt nicht greif- und verfügbar.« (HEISE 1996, S. 86)

Aufgrund des Affektlogikmodells ergibt sich, dass eine wirksame **Therapie** als »*Verschiebung und »Zurechtrückung« von mehr oder weniger umfassenden pathologischen Bezugssystemen*« (CIOMPI 1994, S. 343) definiert werden kann. Diese pathologischen Bezugssysteme müssen durch neue, störende Informationen im affektlogischen Sinn ins Wanken gebracht und geändert werden. Insgesamt wisse man aber immer noch nicht genug über Ursachen, Pathogenese und Therapiemöglichkeiten der Schizophrenie (vgl. CIOMPI et al. 1995, S. 133).

III. 2. Therapeutische Grundlagen und Leitideen

Aus Ciompis Modell ergibt sich die Forderung nach einem therapeutischen Umfeld, in dem die beeinflussbaren therapeutischen Umweltfaktoren optimiert werden sollen. Besonderes Augenmerk fällt dabei auf das therapeutische Milieu und die Art der Begleitung in akuten Psychosen (s. III. 5.). **Klarheit, Einfachheit, Entspannung und Beruhigung** sollen psychotischen Menschen als Hilfe zur Überwindung einer Krise und zur Prophylaxe weiterer affektiv-kognitiver Überforderungen dienen.

»However, repeated change in therapeutic setting and therapist; emotional or intellectual overstimulation (WING et BROWN 1970); high »expressed emotion« (see LEFF et al. 1982); and confusing and contradictory information about the therapeutic situation,

the purpose of therapy, and the methods employed should be avoided as much as possible.« (CIOMPI et al. 1995, S. 134)

Zudem werden in der Soteria Bern **weitere sozio- und pharmakotherapeutische Ansätze** berücksichtigt:

- Die Verwendung von Elementen aus dem sog. »educational approach« (vgl. ANDERSON 1983; BERKOWITZ et al. 1984; HUBSCHMID 1985; LEFF et al. 1982), in dem eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen bzw. anderen wichtigen Kontaktpersonen angestrebt wird.
- Die Erarbeitung adäquater Zukunftserwartungen und prophylaktischer Maßnahmen unter Berücksichtigung vorliegender Ergebnisse von Untersuchungen zum Rehabilitationsverlauf und zur Rückfallprophylaxe (vgl. ANTHONY et al. 1978; CIOMPI et al. 1979; DAUWALDER et al. 1984; DAUWALDER 1988; HOGARTY et ANDERSON 1987).
- Die Verwendung sog. Low- oder Target-medication-Strategien im Rahmen intensiver psychosozialer Begleitung (vgl. CARPENTER et al. 1977, 1987; HERZ et al. 1982; KANE et al. 1983; KANE et LIEBERMANN 1987; CHILES et al. 1989).

Diese therapeutischen Erkenntnisse und Forderungen mündeten in die folgenden **therapeutischen Grundsätze** (vgl. CIOMPI et al. 1991, S. 429 f.; AMBÜHL et SCHIEPEK 1994, S. 731 ff.):

1. Das therapeutische **Setting** soll klein, möglichst normal, transparent, entspannend und reizgeschützt sein und eine gewisse häusliche Gewohnheit, Sicherheit und emotionale Verbindlichkeit beinhalten.
2. Die **psychotische Krise** soll durch wenige ausgewählte Bezugspersonen behutsam und kontinuierlich stützend begleitet werden.
3. Von der akuten Behandlungsphase bis zur Wiedereingliederung wird eine **konzeptuelle und personelle Kontinuität** angestrebt.
»Nichts wirkt auf den ohnehin verunsicherten Patienten und seine Umgebung verheerender als ein ständiger, genau der schizophrenen Tendenz zum »splitting« entsprechender Wechsel der Betreuer und damit ganz unvermeidlich auch der angestrebten Ziele und Werte, der Methoden und Programme.« (CIOMPI 1985a, S. 67)
4. Das Gesamtteam der Soteria bespricht für jede einzelne Patientin bzw. für jeden einzelnen Patienten die Art der Erkrankung, ihre Prognose, relevante Einflussfaktoren und die Art der Behandlung. Sobald ein Konsens gefunden wurde, wird dieser allen Beteiligten mitgeteilt. Relevante Informationen sollen somit für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Professionelle verfügbar gemacht und vereinheitlicht werden.
5. Mit Angehörigen und/oder weiteren wichtigen Bezugspersonen wird eine enge Zusammenarbeit angestrebt, um auch hier eine Vereinfachung der auf Patientinnen und Patienten einwirkenden Informationen zu erreichen.
6. Für jede Patientin bzw. jeden Patienten sollen **individuell konkrete Behandlungsziele**, zum Beispiel ein Übertritt in ein Wohnheim oder in eine Arbeitsstelle, »so explizit und konkret wie nur möglich formuliert bzw. mit allen Beteiligten diskutiert und ausgehandelt werden« (CIOMPI 1985a, S. 67). Wichtig sei dabei die Induktion von realistischen, vorsichtig positiven Zukunftserwartungen, die einen bedeutsamen Faktor für die Entwicklung der Erkrankung einnehmen würden (vgl. DAUWALDER et al. 1984).

7. Ziel aller therapeutischen Bemühungen ist die **Schaffung einer kognitiv-affektiven Beruhigung und Ausgeglichenheit** sowohl in den Beziehungen zwischen den Soteria-Beteiligten als auch in den Patientinnen und Patienten selbst. Dies setzt eine »affektiv-kognitive Parallelerichtung des therapeutischen Feldes« (AMBÜHL et SCHIEPEK 1994, S. 735; s. Abb. 9), das heißt eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der therapeutischen Erwartungen, Ziele und Handlungsweisen voraus.

Strukturierung des therapeutischen Umfeldes

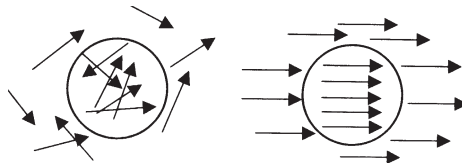


Abb. 9 aus CIOMPI (1988b, S. 36)

8. Patientinnen und Patienten sollen weder über- noch unterstimuliert werden. Je nach deren Befindlichkeit sollen **eher stützende oder eher fordernde therapeutische Elemente** vorherrschen (vgl. III. 5.).
9. **Neuroleptika** sollen nur bei anders nicht abzuwendender Selbst- oder Fremdgefährdung, bei fehlenden Anzeichen von Besserung nach vier bis fünf Wochen oder bei anders nicht behebbarer Rückfallgefahr in der Nachbetreuungsphase zum Einsatz kommen.
10. Es wird eine **systematische Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe** über mindestens zwei Jahre nach Entlassung unter Hinzunahme einer Analyse von individuellen Prodromalsymptomen, Belastungssituationen und möglichen Bewältigungsformen angeboten, an der Patientinnen, Patienten, Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer gemeinsam mitwirken können.

Zusammengefasst sind die wichtigsten therapeutischen Leitgedanken das Bestreben nach größtmöglicher Erleichterung der Verarbeitung aller zugeführten Informationen, eine kontinuierliche psycho- und soziotherapeutische Unterstützung zur Überwindung der psychotischen Krise und die Bewältigung der zugrunde liegenden Lebensproblematik. »Das Behandlungskonzept kann als ein **Konzept der sozialen Unterstützung zur Bewältigung eines Entwicklungsschrittes**« umschrieben werden.« (AEBI 1993c, S. 130f.; Hervorh. d. d. Autor)

Bei der organisatorischen und praktischen Umsetzung der therapeutischen Leitsätze diente die Soteria Kalifornien als Vorbild. Man legte von Beginn an großen Wert auf die **systematische Miteinbeziehung von Angehörigen bzw. wichtigen Lebensbezugspersonen**, z. B. durch umfassende Information über das Behandlungskonzept oder die Möglichkeit, sich bei Bedarf an den Haushaltsarbeiten zu beteiligen. Angestrebt wird eine »Atmosphäre der vertrauensvollen Zusammenarbeit« (CIOMPI et al. 1991, S. 430) mit allen wichtigen Bezugspersonen. Etwa alle sechs Wochen finden themenzentrierte Angehörigenabende statt. Obgleich Aspekte der Rehabilitation in der praktischen Arbeit vertreten sind, versteht sich die Soteria nichts als Rehabilitationseinrichtung. Die Konzeption ist in perma-

nenter Entwicklung begriffen und bietet für viele Fragen: (z. B.: »Für welche Patienten ist es gut und für welche nicht ? (...) Wie soll die Tagesstruktur sein?« (CIOMPI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 28 f.)) noch keine ausreichenden Antworten.

Das Soteria-Haus befindet sich mitten in der Stadt Bern. Es ist ein älteres, freundliches, kleines Haus mit Garten, in dem maximal zehn Personen, **acht Patientinnen und Patienten** und **zwei Personen des therapeutischen Teams** bequem leben können. Neben Ess- und Wohnzimmern gibt es eine Bildhauerwerkstatt, einen Fitnessraum, und ein Malzimmer (vgl. DER SPIEGEL 29/1993, S. 150).

III. 3. Patientinnen und Patienten

In Übereinstimmung mit einer Annahme aus der Konzeption der Soteria Kalifornien, dass nämlich ein primär psychosoziales Behandlungsmilieu besonders dann erfolgreich sei, wenn es frühzeitig genutzt werde, richtete sich die Soteria Bern zunächst vor allem an jüngere Patientinnen und Patienten. Hinsichtlich der Diagnose kamen die Klassifizierungen »Schizophrenie« oder »schizophrene Psychose« nach dem DSM-III-R (1989) mit akut psychotischen Symptomen innerhalb der letzten Wochen in Betracht. Anfängliche **Aufnahmekriterien**, unter anderem als Ausgangsbasis für zwei Studien (s. III. 9.), waren:

- »▪ Alter 17-35 Jahre, beide Geschlechter;
- Vorliegen von mindestens zwei der folgenden sechs Symptome innerhalb der letzten vier Wochen: Wahn, Halluzinationen, Denkstörungen, Katatonie, schizophrene Affektstörung, stark inadäquates Sozialverhalten;
- erstmaliges Auftreten solcher Symptome vor höchstens zwölf Monaten;
- keine Abhängigkeit von Alkohol oder harten Drogen;
- keine Zeichen von akuter exogener Verwirrtheit (inkl. Drogenwirkungen) oder anderen psychoorganischen Störungen.« (CIOMPI et al. 1991, S. 430).
- kein »total lack of compliance with treatment« (CIOMPI et al. 1995, S. 137).

Nicht alle Aufnahmekriterien wurden immer erfüllt. Manchmal stellte sich erst im Nachhinein heraus, dass jemand bereits länger als ein Jahr erkrankt war, Drogen wie Haschisch oder Marihuana mit im Spiel waren oder das geforderte Einverständnis mit der Behandlung bei sehr vielen zeitweise nicht erkennbar war.

»Etwas pointiert könnte man auch sagen: Wir haben grundsätzlich alle schizophränen Erkrankten bis zum 35. Altersjahr genommen, wenn sie einer stationären Behandlung bedurften und uns nicht gerade wieder davonliefen.« (AEBI et DERUNGS 1993, S. 51)

Man wollte primär mit Menschen arbeiten, die **keine oder nur geringe Klinikerfahrung** hatten, und somit nicht in bestimmten Verhaltensweisen geschult waren, »wo es dann ja schwierig ist, zu unterscheiden, was ist psychotisch und was ist davon Hospitalismus, wo beginnt Wahn. Das war der eigentliche Grund« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 166 f.). Nach Abschluss des Forschungsprojektes 1993 wurden die **Aufnahmekriterien gelockert** (vgl. BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 166 f.). Seitdem werden auch Patientinnen und Patienten aufgenommen, die

- eine eher als chronisch zu bezeichnende Problematik aufweisen;
- erst zum Zeitpunkt ihrer zweiten, dritten oder auch späteren Psychose erstmalig in die Soteria kommen;

- kurz vor einer Psychose stehen;
- sich in einer Adoleszentenkrise befinden;
- dem diagnostischen Begriff der ›Borderline‹-Störungen zugerechnet werden;
- zwischen 16 und 40 Jahre alt sind;
- »nach rein medizinisch-psychiatrischen Kriterien keiner weiteren Behandlung mehr bedürfen, aber von ihrem Selbstwertgefühl her (...) noch ein Stück Förderung gebrauchen können« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 166).

Die Soteria Bern ist keine Einrichtung für zwangseingewiesene Patientinnen und Patienten. Diese Tatsache relativiert sich jedoch durch die Beobachtung,

»(...) dass Menschen eher bereit sind, ›freiwillig‹ in eine therapeutische Wohngemeinschaft einzutreten, als sich in eine Klinik einweisen zu lassen, oder dass sich Patienten, nach einer gesetzlich verfügten Zwangseinweisung in die Klinik, bei uns ›freiwillig‹ weiterbehandeln lassen« (AEBI et DERUNGS 1993, S. 51).

Die Zuweisung geschieht durch den Notfalldienst, lokale Ärztinnen und Ärzte, psychiatrische Kliniken oder direkt durch Angehörige. Falls ein Platz in der Soteria frei ist, entscheiden die zuständigen Ärztinnen und Ärzte (z. B. die Oberärztin oder der Notfallpsychiater) über die Aufnahme. Betroffene Menschen werden von der Notfallstation abgeholt und in dem ihnen zugeteilten Zimmer, das aufgeräumt ist und in dem **frische Blumen** stehen, empfangen. Jeder Patientin und jedem Patienten werden zwei feste **Bezugspersonen** zugeteilt, die eine besondere Verantwortung für die Begleitung übernehmen. Ehemalige Patientinnen und Patienten können die Soteria auch als »niederschwelliges Angebot« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 175) selbstständig nutzen, indem sie von sich aus in die Soteria kommen, wenn sie merken, dass es ihnen schlecht geht, und jemand dann für zwei Tage und Nächte in der Soteria bleibt.

III. 4. Das therapeutische Team

Das Betreuersteam besteht aus **fünf** spezialisierten Psychiatrieschwestern und Psychiatriepflegern sowie **vier** sog. ›Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne psychiatrischen Hintergrund‹,² welche in Anlehnung an die von MOSHER et al. (1973; vgl. I. 4.) beschriebenen **Kriterien** wie Empathie, Belastbarkeit, Lebenserfahrung etc. ausgesucht werden.

»Bei Neueinstellungen werden besonders Menschen mit Qualitäten gesucht, die im Team bisher unterrepräsentiert sind oder besonders gewünscht werden.« (BRILL 1996, S. 43)

Man geht davon aus, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter spezifische persönliche Kompetenzen einbringen kann, welche im Team gewürdigt werden können. Hieraus soll sich eine Gleichwertigkeit aller ableiten. Die ›Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne psychiatrischen Hintergrund‹ sollen die sog. Normalität repräsentieren (vgl. VI. 3. 7.). Die **medizinische Verantwortung** und offizielle Leitung obliegt einer Oberärztin bzw. einem Oberarzt mit individuellem Gestaltungsraum:

»Die jeweiligen Oberärzte haben die Soteria schon deutlich geprägt. Es spielte eine sehr große Rolle, wie sicher sich der Oberarzt in der Soteria fühlte, wie erfahren er

2 Ehemals als ›Laien‹ oder ›Nicht-Professionelle‹ bezeichnet.

war im Umgang mit Psychotikern, ob er das Team unterstützte oder ihm gleichgültig gegenüberstand und welchen Stellenwert die Soteria für ihn im Rahmen seiner ganzen Tätigkeit hatte. Das war wichtig, weil das Team die Tendenz hatte, bei ihm Hilfe zu suchen in schwierigen Situationen. Wenn ein Oberarzt unsicher war oder nicht merkte, was sich im Team abspielte, konnte sich das verheerend auswirken und zu massiven Spannungen führen, welche oft auch in den Team-Supervisionen ausgetragen wurden.« (AEBI et SCHNEIDER 1993, S. 147)

Eine Assistenzärztin bzw. ein Assistenzarzt verbringt 30-40 % ihrer bzw. seiner Arbeitszeit in der Soteria. Aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird zum einen die in der Regel nicht sehr lange Verweildauer der Assistenzärztinnen bzw. -ärzte in der Soteria kritisiert. Zum anderen trügen sie zwar die Hauptverantwortung, die eigentliche Betreuung würde aber von den Betreuerinnen und Betreuern geleistet (vgl. BRILL 1996, S. 50). Ärztinnen und Ärzte führen Krankenberichte aufgrund eines »Pflichtenheftes« (BRILL 1996, S. 50), welches vom Team entwickelt wurde, um die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie zu vereinfachen. Obwohl von Mosher empfohlen, hat sich das Team nie zur Einrichtung einer Teamchefstelle entschlossen.

Das Team der fest angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wird von einem Netzwerk von Freiwilligen ergänzt, die Patientinnen und Patienten z. B. in der zweiten Phase (s. III. 5.) bei Spaziergängen begleiten, und die in personalbedürftigen Krisenzeiten angefragt werden können. Diese Freiwilligen rekrutieren sich häufig aus ehemaligen Patientinnen und Patienten der Soteria (vgl. BRILL 1996, S. 45). Je zwei Betreuerinnen bzw. Betreuer arbeiten in **48h-Schichten**, gefolgt von mehreren Erholungstagen.

»Für die BetreuerInnen bedeutet die Arbeit in der Soteria hohen persönlichen Einsatz und mitunter eine starke Belastung, die z. T. auch mit in die Freizeit getragen wird. Dies liegt nicht nur an den besonderen Anforderungen, die eine intensive Betreuung psychotischer Personen mit sich bringt, sondern auch an der exponierten Stelle der Soteria in der Öffentlichkeit (...).« (BRÜGGE 1994, S. 113)

Einen halben Tag pro Woche treffen sich alle Betreuerinnen und Betreuer zur Fall- und Situationsbesprechung. Alle 14 Tage besteht die Gelegenheit zur Supervision durch einen erfahrenen Psychotherapeuten (s. auch VI. 3. 5.).

»Nach den Teamsitzungen am Mittwoch habe ich manchmal ein bedrückendes Gefühl: Da ist wieder so viel gesprochen worden, und alles kommt mir so zäh vor. Hinzu kommt die Suizidalität der Bewohner. Das ist ein Gefühl, das ich oft schwer ertragen kann. Meine Angst: springt er unter den Zug? spüre ich oft. Ich nehme sie immer mit nach Hause.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 118)

Um dem Anspruch nach **Transparenz und Klarheit** gerecht zu werden, werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin geschult, sich hinsichtlich Krankheitsauffassung, Kommunikationsform und Beziehungen so eindeutig, einfach und stimmig wie möglich auszudrücken.

»Inkonsistente zwischenmenschliche Feedbacks bedeuten informationsmäßig eine ständige Überforderung, die alle Anstrengungen zur Stabilisierung der entscheidenden innerpsychischen Leitvorstellungen (namentlich der Selbst- und Objektrepräsentanzen) immer wieder zunichte machen muss.« (CIOMPI 1985a, S. 67)

Ciomi weist darauf hin, dass es innerhalb des Teams ständig Diskussionen über die Effizienz seiner Arbeit, die Kompatibilität des Ansatzes für welche Patientinnen und Pati-

enten, die Auswahl der Teammitglieder, die Länge der Patientinnen- und Patientenaufenthalte, etc. gibt (vgl. CIOMPI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 28 f.). Die Qualität der Zusammenarbeit des therapeutischen Teams habe einen Einfluss auf das Verhalten der Bewohnerinnen und Bewohner:

»Wir haben im letzten Jahr zum ersten Mal wirklich schwere Zwischenfälle mit Aggressions- und Suizidversuchen gehabt, die wahrscheinlich mit der Krise im Team zusammenhängen, diese aber auch noch verstärkten.« (L. Ciompi in CIOMPI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 26)

Das wichtigste Anliegen aller therapeutischen Bemühungen bestehe darin, im konkreten Alltag ständig zu versuchen, der Individualität der einzelnen Personen gerecht zu werden.

»Auch wenn Menschen mit demselben diagnostischen Etikett versehen werden, bedeutet dies nicht, dass sie alle gleich sind und dieselben Bedürfnisse haben. Für uns stellt sich konkret bei jedem Einzelnen wieder neu die Aufgabe, genügend Zeit, Geduld und Toleranz aufzubringen, um jemanden kennen zu lernen, damit wir ihm oder ihr die nötige Unterstützung anbieten können.« (AEBI 1993a, S. 40)

III. 5. Von der Begleitung zur Stabilisierung

Die ersten drei Phasen gleichen in vielen Aspekten denen der Soteria Kalifornien. Zusätzlich bestehen in der Soteria Bern die Möglichkeiten der freiwilligen Nutzung des sog. ›weichen Zimmers‹ und der systematischen Nachbetreuung in der vierten Phase.

a) Erste Phase: »Beruhigung« (AEBI 1993a, S. 34)

Menschen in akuten psychotischen Zuständen unterliegen häufig einer immensen affektiven und kognitiven Verwirrtheit, einer sensorischen Überstimulation von innen oder außen sowie einem ungeordneten Strom von Gedanken, Wahrnehmungen und Gefühlen, insbesondere Ängsten (vgl. AMBÜHL et SCHIEPEK 1994, S. 733 f.). In der Soteria Bern gibt es mit dem sog. ›**weichen Zimmer**‹ einen speziellen Raum, der Menschen in akuten psychotischen Krisen vorbehalten ist. Unter der Prämisse größtmöglicher Einfachheit und Reizreduktion ist dieser Raum lediglich mit Kissen, Decken und Matratzen eingerichtet. Die Fenster sind aus Plexiglas, der Wollteppich und die Wände haben helle Farben. Hier ist man abgeschirmt von den übrigen Vorgängen im Haus, und kann sich gezielt einem unter Umständen suizidgefährdeten Menschen sehr intensiv widmen (vgl. HANSEN 1993, S. 68). »Im weichen Zimmer wird irgendwie alles direkter.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 102) Eine feste Begleitperson versucht, sich **intuitiv** auf die **Bedürfnisse** des jeweiligen psychotischen Menschen einzustellen und herauszufinden, was gerade hilfreich sein könnte, wie z. B. beruhigende Worte, Spaziergänge oder tatsächliches Gehaltenwerden.

»In erster Linie geht es ums Präsent-Sein, einfach dabei sein, bereit sein, wenn etwas kommt, wenn der Bewohner etwas will oder sich auf irgendeine Art ausdrückt. Ich führe Gespräche, das liegt mir, aber ich mache auch Massage oder einfach Berührungen, jemandem die Hand halten, die Hand auf die Schulter legen oder über den Kopf streicheln.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 101)

»Durch die dichte Präsenz der Betreuer und Betreuerinnen erlebt der Bewohner, dass er in seiner Verunsicherung und Fragmentierung aufgehoben ist. Das Gefühlsdurcheinander wird entwirrt. Das, was ist, wird benannt, hat ein Recht auf Existenz. Psy-

chotische Inhalte und Erlebnisweisen werden von den Betreuern aufgenommen, ohne dass diese dabei zugrunde gehen.« (AEBI 1993c, S. 132 f.)

»Veränderte Empfindungen sind etwas weniger Angst machend, wenn jemand zu verstehen sucht, was mit einem vorgeht.« (AEBI 1993a, S. 36).

Die Begleiterinnen und Begleiter verbringen bis zu einem Tag und länger im ›weichen Zimmer‹, wobei man nur solange im weichen Zimmer bleibt, wie man es aushält (vgl. BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 176).

»Das Moment der Gegenwartsbezogenheit in dieser Phase erleichtert die Aufgabe auch insofern, als der Erfolg der therapeutischen Bemühungen unmittelbar sichtbar wird. Es hat sich immer wieder gezeigt, dass man mit einem völlig verwirrten Menschen ins ›weiche Zimmer‹ gehen kann und dass dort nach zwei bis drei Stunden Entspannung und Ruhe eintreten.« (AEBI 1993c, S. 132)

Die **Hilfestellung** soll als nicht forderndes Angebot verstanden und Wünsche nach Alleinsein oder Zurückgezogenheit sollen respektiert werden. Wichtig sei es, in der akuten Phase die »richtige Distanz« (HEISE 1996, S. 88) zum Patienten bzw. zur Patientin zu finden. In zu großer Nähe könne es zu Verschmelzungswünschen und einem Identitätsverlust der Patientin oder des Patienten kommen, während in einer trennenden Distanz die Gefahr eines als vernichtend erlebten Alleinseins und einem Untergang des Ich-Gefühls läge.

»Ciompi vergleicht die Rolle der Teammitglieder in dieser Phase mit der einer Mutter, die ihr von Fieber und Alpträumen erschrecktes Kind zu beruhigen weiß.« (HEISE 1996, S. 88)

»Der psychotische Mensch wird manchmal wie ein kleines Kind gefüttert und gepflegt. Er wird gehalten und gestreichelt. Der Schutz vor allem Bösen der Welt ist ihm gewiss.« (AEBI 1993c, S. 136)

Konflikte und Meinungsverschiedenheiten treten in dieser Phase oft sehr deutlich zu Tage treten und können sich auch zuspitzen. Der Umgang des therapeutischen Personals mit schwierigen und z.T. ausweglosen Situationen soll wiederum durch **Klarheit** und **Transparenz** gekennzeichnet sein.³ Die erste akute Phase im ›weichen Zimmer‹ dauert im Schnitt zwischen einer und drei Wochen. Danach kann ein eigenes Zimmer in den oberen Stockwerken bezogen werden.

3 »Das heißt z. B., dass Sinn und Zweck von therapeutischen und organisatorischen Maßnahmen aller Art, etwa einer Hospitalisation (...) dem Patienten trotz seines scheinbaren Unverständnisses in jedem Fall sorgfältig erklärt und begründet werden sollen. Darüber hinaus soll möglichst große Klarheit herrschen (bzw. hergestellt werden) über Identität und Funktion aller beteiligten Personen. Auch Meinungen, Erwartungen, Gedanken und Gefühle sollen nicht nur im therapeutischen Gespräch, sondern ebenso im Alltag zwar takt- und rücksichtsvoll, aber doch mit Eindeutigkeit mitgeteilt werden. Insbesondere sollen Konflikte nicht einfach verschleiert, sondern in geeigneter Form angesprochen und ausgetragen werden. Freilich kann eine solche Forderung im Widerspruch stehen mit derjenigen nach Vermeidung von kognitiv-affektiver Überforderung. Zwischen solchen gegenläufigen Geboten gilt es ständig geschickt zu larvieren, wobei zunehmende Spannung und Verwirrung auf der einen, gleichgültige Verflachung auf der anderen Seite, und dazwischen ruhig entspannte Offenheit laufend wie ein Barometer anzeigen, ob der Bogen über-, unter- oder gerade richtig gespannt wurde.« (CIOMPI 1985a, S. 66)

b) Zweite Phase: »Aktivierung« (AEBI 1993a, S. 36)

Nach dem Abklingen der akuten Phase setzen sich viele Patientinnen und Patienten intensiv mit ihren psychotischen Erlebnissen auseinander. Etwa zehn bis vierzehn Tage nach dem Aufenthalt im ›weichen Zimmer‹ sind viele sehr mitteilsam und reden untereinander und mit Betreuerinnen und Betreuern über **Psychoseninhalte** und **Entstehungshintergründe** der Psychose (vgl. AEBI 1993a, S. 37).

»Diese Gespräche und die gemeinsamen, sehr lebendigen Diskussionen über psychotische Erfahrungen unter den Bewohnern und Bewohnerinnen selber ermöglichen eine bessere lebensgeschichtliche Einordnung als ein gesellschaftlich immer noch verpönter Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik.« (AEBI 1993c, S. 138)

Gemäß Ciompis Schizophreniemodell ist es für die Bewältigung und Einordnung einer Psychose in die »Kontinuität der persönlichen Lebensgeschichte« (CIOMPI et al. 1991, S. 430) von besonderer Bedeutung, sich mit schwerwiegenden **Identitäts- und Beziehungskonflikten** auseinander zu setzen. Zur Verarbeitung des Geschehenen soll genügend Zeit zur Verfügung stehen. Außerdem soll mit den jeweiligen Bezugspersonen nach individuellen Möglichkeiten der Belastungsverringerung gesucht werden, um einem Rückfall vorzubeugen. Viele Betroffene hätten irgendwann genug von diesen Gesprächen und würden in eine niedergeschlagene Stimmung fallen, und sich fragen »wie das geschehen konnte, was dies nun für ihr Leben bedeute, wer sie überhaupt seien« (AEBI 1993a, S. 37).

Gleichzeitig soll in dieser Phase die schrittweise Wiederherstellung des **konkreten Realitätsbezugs** mittels einfacher Haus- und Gartenarbeiten gefördert werden. Das Soteria-Konzept bietet hier bewusst wenig vorgegebene Struktur, man will kein künstliches Milieu schaffen. »Jede Arbeit soll unmittelbar einsichtig sein, wie Kartoffelschälen, Kochen, Putzen oder Gartenarbeit. Daneben wird auch viel gespielt: Schach, Pingpong, Lesen, Stricken.« (BRÜGGE 1994, S. 109)

Neben den Arbeiten im Haus ist es wichtig, dass Bewohnerinnen und Bewohner am **Gemeinschaftsleben** teilnehmen und für sog. ›zielorientierte Ausgänge‹ (z. B. Einkaufen, Coiffeur) zunächst mit und später ohne Begleitung das Haus verlassen. Alles in allem wird in relativ kurzer Zeit

»(...) die Bewältigung eines schwierigen Entwicklungsschrittes, für viele überhaupt zum ersten Mal in ihrem Leben, gefordert. Einher geht diese Forderung meistens mit einer sehr intensiv erlebten Antriebslosigkeit der Bewohner und Bewohnerinnen nach der akuten Phase« (AEBI 1993c, S. 137).

Diese **Antriebslosigkeit** sei Ausdruck der grundlegenden Schwierigkeit, sich der äußeren Realität zu stellen und der damit verbundenen Angst vor einem erneuten Selbstverlust. Aus therapeutischer Sicht bestehe die Schwierigkeit darin, das richtige Maß an Ermunterung für diejenigen Patientinnen und Patienten zu finden, die wenig Eigeninitiative zeigten. Einige Patientinnen und Patienten seien zudem vom ›weichen Zimmer‹ her ungeteilte Aufmerksamkeit gewohnt. Der Verlust dieses Privilegs führe nicht selten zu Gefühlen der Eifersucht und des Neides auf Neuankömmlinge im ›weichen Zimmer‹, welche diesen Vorzug in Anspruch nehmen könnten.

H. Heise berichtet von einer bestimmten Gruppe von Patientinnen und Patienten, die sich in der Soteria verstärkt nach Geborgenheit sehnten und eher regressive Verhaltensweisen zeigten. Entwicklungsschritte verliefen bei ihnen nur zögernd, z. B. durch ein stunden-

weises Gewöhnen an ein normales Zimmer aus dem ›weichen Zimmer‹ heraus. Das Team müsse hier ganz besonders auf realitätsbezogene Forderungen und Abmachungen achten (vgl. HEISE 1996, S. 89).

»Während in der ersten Phase das Betreuersteam noch recht einheitlicher Meinung ist, was dem betreffenden Menschen in seiner Krise hilft, kommt es im Verlaufe der zweiten Phase zu z. T. sehr unterschiedlichen Auffassungen in der therapeutischen Konzeption. Im Wesentlichen betrifft die Uneinigkeit jeweils das Ausmaß an unterstützender Zuwendung seitens der Betreuer und Betreuerinnen.« (AEBI 1993c, S. 134)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind auch an Auseinandersetzungen zwischen Betroffenen und ihren Angehörigen beteiligt. Sie sollen einerseits die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Konflikten mit ihren Eltern unterstützen und andererseits als ausgleichendes Element bei überschießenden Emotionen und Loyalitätskonflikten dienen. Abhängig von der Situation wird auch Einzel- oder Familientherapie angeboten.

Ein Schwachpunkt dieser Phase sei das Fehlen einer regelmäßigen Beschäftigungsmöglichkeit.

»Dafür ist die personelle Basis jedoch zu gering. Jemand sollte jeden Tag zwei oder drei Stunden für Patienten, die eine solche Struktur brauchen, aber noch nicht draußen arbeiten können, zur Verfügung stehen.« (CIOMPI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 29)

Intensive und tragfähige Beziehungen existieren nicht nur zwischen dem therapeutischen Personal und Bewohnerinnen bzw. Bewohnern, sondern auch zwischen Betroffenen selbst:

»In der Zeit, die ich miterlebt habe, war es schon so, dass sich alle, mit den Betreuern zusammen, verantwortlich gefühlt und versucht haben, quasi aufeinander aufzupassen. Damals war es nur selten so, dass man dem Team sagte, das fällt in eure Kompetenz, das geht uns nichts an.« (Antwort eines ehemaligen Bewohners auf die Frage, wie denn mit Situationen umgegangen wurde, in denen jemand sich selbst oder andere gefährdete. In: HANSEN 1993, S. 69)

c) Dritte Phase: »Soziale und berufliche Integration« (AEBI 1993a, S. 38)

Schwerpunkt dieser Phase ist das Bemühen um eine **soziale und berufliche Wiedereingliederung**. Angestrebt wird eine größere Eigenständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner im Haus und außerhalb des Hauses. Konkrete Handlungsschritte sollen möglichst eigenständig unternommen werden. Meist ist dies ein stufenweiser Prozess, welcher unter Umständen mehrere Monate dauern kann. Die Unterstützung geschieht nun weniger durch gemeinsame Unternehmungen sondern mehr durch Gespräche und Information über soziale Fragen (vgl. AEBI 1993a, S. 38). Betreuerinnen und Betreuer müssen im Vergleich zu den vorherigen Phasen eine **Rollenänderung** vornehmen und weniger Verständnis und mehr Konfrontation zeigen.

»Es werden konkrete Forderungen gestellt. In dieser Hinsicht hat das Team in diesem Behandlungsabschnitt grundsätzlich wieder einen größeren Konsens. Allerdings wird dieser immer wieder erschüttert, wenn sich Arbeits- und Wohnungssuche in die Länge ziehen oder sich bei einem Bewohner oder einer Bewohnerin ein Rückfall abzeichnet.« (AEBI 1993c, S. 135)

Thematisiert werden soziale Beziehungen, die Freizeitgestaltung, das Einüben von psychosozialen Maßnahmen, die Organisation der Nachbetreuung, die eigenständige Wohn- und Arbeitssuche.

»Gab es auch Zeiten in der Soteria, wo Sie das Gefühl hatten, jetzt hänge ich nur so

rum und weiß gar nicht so genau, wie es weitergeht? Das gab es schon, aber da muss ich auch gleich anfügen, dass ich immer den Eindruck hatte, es liege an mir. Ich hatte Phasen, wo ich dauernd etwas unternahm, und dann hatte ich eben Zeiten, wo ich nur so in der Soteria herumsaß und nicht wusste, was ich tun könnte.« (HANSEN 1993, S. 76)

In dieser »**Rehabilitationsphase**« (HEISE 1996, S. 91; Hervorh. d. d. Autor) werden auch Kontakte mit anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen, z. B. Tageskliniken, geknüpft oder Versuche unternommen, Betroffene in Arbeitslosigkeitsprogrammen einzugliedern.

d) Vierte Phase: »Nachbetreuung« (AEBI 1993a, S. 38)

Im Anschluss an einen Aufenthalt in der Soteria Bern wird eine mindestens zweijährige **Nachbetreuungsphase** empfohlen. Verantwortlich dafür sind externe Therapeutinnen und Therapeuten bzw. mobile gemeindepsychiatrische Equipen der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik. Therapeutische Ziele sind die Rückfallverhütung und die psychosoziale Stabilisierung. »Das Beziehungsnetz zu FreundInnen, Eltern, Arbeitskollegen, Betreuern soll wieder tragen (...).« (BRÜGGE 1994, S. 110) Man bemüht sich auch um eine Vernetzung und Abstimmung mit anderen psychosozialen Institutionen.

Psychotherapeutische Nachbetreuungsangebote werden vor allem von Patientinnen und Patienten genutzt, die nach ihrem Soteria-Aufenthalt mindestens einen weiteren Rückfall erleben.

»Erfahrungsgemäß äußern Bewohner und Bewohnerinnen nach einer zweiten oder dritten Krise viel eher das Bedürfnis nach einer weiterführenden Psychotherapie als nach einer starken akuten Psychose. Der Druck, sich grundsätzlich mit der Tatsache psychotischer Einbrüche auseinander zu setzen, in der Hoffnung, sie so zu verhindern, ist dann am größten.« (AEBI 1993a, S. 39)

»*Haben Sie Angst, dass es wiederkommt?*« (Gemeint sind psychotische Erfahrungen, Anm. d. Autors)

Im Augenblick würde ich sagen, nein. Angst schon gar nicht. Eher so das Bewusstsein, dass es wieder kommen kann. Aber ich habe seit meinem Austritt aus der Soteria auch die Erfahrung gemacht, dass ich selbst Einfluss darauf habe, ob es wieder dazu kommt oder nicht. Ich glaube, dass es seither Momente gegeben hat, in denen ich nahe am Ausbruch einer Psychose war. Ich habe das aber sehr rasch erkannt und konnte sie mit gewissen Verhaltensweisen, die ich mir gemerkt hatte, vermeiden. Ich sagte mir etwa, jetzt musst du wieder einmal etwas Anständiges essen oder zwölf Stunden ohne Pause schlafen.

Denkt man nicht zuerst: Ich kann doch nichts dafür, wenn ich wieder krank werde?

Nach meinen ersten zwei Psychosen habe ich wahrscheinlich auch so geredet. Dennoch hatte ich schon damals irgendwie das Gefühl, ich sei ein Stück weit selber schuld daran. Heute würde ich nicht mehr von ›Schuld‹ sprechen, aber ich glaube, wenn ich aus irgendeinem Grund eine Psychose haben möchte, könnte ich sie absichtlich auslösen. Andererseits meine ich, dass man ja nicht unbedingt wieder Masern kriegen will, wenn man sie einmal hatte, also versucht man eben, das zu vermeiden. Dank der langen Zeit, die ich in der Soteria zur Verfügung hatte, konnte mir bewusst werden, was da eigentlich abläuft. Ich lernte erkennen: Wann werde ich psychotisch, was sind Auslöser, die mich in diesen Zustand steigern, wo ich nicht mehr unterscheiden kann, was ist Phantasie und was nicht.« (HANSEN 1993, S. 70 f.)

III. 6. Beispielverläufe

- a) »Beispiel mehrmaliger erfolgreicher Begleitung durch die akute Psychose (in 222, in 171 und in 85 Tagen):

Als ich R. zum ersten Mal sehe, sitzt er verloren und stumm im weichen Zimmer. Er spricht nicht. Er bewegt sich kaum oder dann ganz unvermittelt: Plötzlich rennt er auf die Tür zu und will das weiche Zimmer verlassen. Mehrmals halten wir ihn mit Gewalt zurück. Einige Male gelingt es ihm aber, das weiche Zimmer und auch die Soteria zu verlassen. Er versteckt sich dann jeweils irgendwo. Einmal müssen wir ihn aus dem Keller des Nachbarhauses zurückholen. (Später stellt sich dann heraus, dass er floh, weil er Angst hatte, umgebracht zu werden. Irgendwo lauerte immer ein Verfolger.) Eine andere Form der Bewegung ist ein ganz steifes, verkrampftes Sich-um-sich-selbst-Drehen. Dabei sind alle Muskeln angespannt, er atmet stoßweise, seine Arme sind angewinkelt. Plötzlich fällt er dann ganz erschöpft in sich zusammen und zu Boden. (Später, als er wieder sprechen kann, erklärt er uns, was diese Bewegung sollte: Im weichen Zimmer lag damals noch ein gemusterter Teppich mit einem blauen Kreis in der Mitte. R. meinte, dieses sei das lebensspendende Wasser. Wenn er dieses Wasser erreichen könnte, so würde er überleben.)

Halluzinationen plagten ihn. R. kann sich lange für nichts entscheiden, nicht zwischen zwei Möglichkeiten wählen. So setzen wir ihm beim Essen in der Regel nur eine Speise vor. Selbst dann hat er Mühe, so dass wir ihm das Essen oft eingeben müssen. Wir tragen R. oft ins Bad und in die Toilette. Sämtliche Bewegungen bleiben im Ansatz stecken. Er schafft es nicht mehr, über eine Schwelle zu treten oder zu Tisch zu gehen. Ein Gespräch mit ihm ist nicht möglich. Er lässt sich wie ein Kleinkind pflegen. Nach geraumer Zeit beginnt R., Anteil zu nehmen am übrigen Geschehen im Haus. Es verunsichert ihn aber noch sehr. Die Renovierungsarbeiten am Hause machen ihm Angst, und er versucht mehrmals, die anderen mit Gewalt davon abzubringen. Mit der Zeit, nach ca. drei Monaten, und mit zunehmendem Vertrauen zu uns, legt er dann auch selbst Hand an im Haus und im Garten, allerdings mit etwas eigenwilligen Ideen. So pflanzt er zum Beispiel einmal die bereits gesetzten Salatsetzlinge schön verteilt in den Rasen um. (...) R. kehrt nach einem Aufenthalt von gut sieben Monaten (wovon er drei im weichen Zimmer verbrachte) in seine eigene Wohnung und Arbeitsstelle zurück.

Nach einem Jahr ist R. wieder psychotisch und kommt in die Soteria ins weiche Zimmer. Er ist diesmal ganz anders: Er ist nicht mehr stumm und steif, sondern redet ununterbrochen, zum Teil völlig wirr, dann wieder nachvollziehbar, über Probleme mit Familie, Frauen und Sexualität. Seine Angst ist spürbar, drückt sich in Weinen und Verzweiflung aus. R. bleibt ca. einen Monat im weichen Zimmer, nimmt zehn Tage später von der Soteria aus seine Arbeit wieder auf und verlässt die Gemeinschaft nach knapp einem halben Jahr.

Nach gut zwei Jahren kommt R. ein drittes Mal. Er steht eines Morgens in der Küche, hoch psychotisch. Wir nehmen ihn auf, obwohl das weiche Zimmer besetzt ist. Sein Zustand ist ähnlich wie beim zweiten Mal. Er ist sehr unruhig, spricht pausenlos und ist nur mit Mühe im Haus zu halten. Vor allem nachts rennt er im ganzen Haus rum. Wir geben ihm Medikamente in der Hoffnung, ihn und uns damit etwas zu beruhigen. Die medikamentöse Behandlung bringt nicht viel. Eine Besserung tritt erst ein, als seine

Freundin zu ihm in die Soteria einzieht und den größten Teil der Woche mit ihm hier verbringt. Nach drei Monaten können beide wieder in ihre eigene Wohnung ziehen. Seit drei Jahren lebt R. mit seiner Freundin zusammen, arbeitet zu 50 % und geht regelmäßig in eine Psychotherapie.

R. ist einer der Bewohner, die am längsten im weichen Zimmer waren. Er konnte die 1:1-Betreuung vollumfänglich nutzen, der ›ideale‹ Soteria-Bewohner. Durch die intensive erste Zeit entwickelte sich eine gute Beziehung zu eigentlich allen Betreuern und Betreuerinnen. Beim zweiten Aufenthalt (bei dem er noch dasselbe Team antraf) vertiefte sich diese Beziehung noch, so dass wir es beim dritten Aufenthalt auch wagen konnten, ihn ohne weiches Zimmer zu behalten. Wir kannten ihn, er kannte uns. Obwohl R. jeweils hoch psychotisch und sehr aufwendig in der Betreuung war, gelang es, seine Krisen mit kürzeren Aufenthalten aufzufangen.« (AEBI et DERUNGS 1993, S. 56 ff.)

b) »Zwei Beispiele nicht erfolgreicher Begleitung durch die akute Psychose (636 und 447 Tage):

H., eine junge Frau, verbrachte im Anschluss an eine psychotische Phase fast zwei Jahre und N., ein junger Mann, mehr als ein Jahr in der Soteria. Bei beiden bestand eine schwierige Ablösungsproblematik von den Eltern. Beide hatte ihre Lehre abgebrochen. Der psychotische Einbruch äußerte sich bei beiden dramatisch, wodurch sich der Konflikt mit den Eltern noch zuspitzte. Für beide bedeutete die Soteria erst einmal ein neues, toleranteres Zuhause mit einem größeren Bewegungsspielraum. Den Konflikt mit den Eltern übernahmen die Betreuer und Betreuerinnen quasi stellvertretend: Sie wurden beschuldigt, zu wenig Kontrolle auszuüben. Sowohl H. wie N. brauchten viel Zeit und Zuwendung, erholten sich aber in der Soteria soweit, dass sie ihre Ausbildung wieder aufnehmen konnten. Dann erfolgte ein neuer psychotischer Einbruch, bei dem sich die Ablösungsproblematik in der Soteria wiederholte. Dies war umso schwieriger, als die ganze Arbeit vorher Anlass zu großen Hoffnungen und Erwartungen gegeben hatte. Ein ›Rückfall‹ nach so langer Zeit in der Soteria, bzw. wieder von vorne beginnen zu müssen, verbreitete Entmutigung auf beiden Seiten. In beiden Fällen wurde die Behandlung in gegenseitigen Einverständnis in Langzeiteinrichtungen einer Klinik mit klarer Tagesstruktur weitergeführt, im einen Fall in einer Wohngruppe, im anderen in einer verhaltenstherapeutisch orientierten Abteilung.

Die Betreuer und Betreuerinnen der Soteria erlebten diesen Schritt als Niederlage. Dazu könnte man einwenden, dass die Zeit der vielen Auseinandersetzungen in der Soteria für die beiden Menschen notwendig war, damit sie den Schritt ins Erwachsenenleben überhaupt wagen konnten. H. lebt heute, nach fast acht Jahren, gemeinsam mit ihrem Freund in einer eigenen Wohnung und arbeitet teilzeitig. N. lebt nun, nach drei Jahren, in einer Wohngemeinschaft mit Gleichaltrigen und hat eine Arbeitsstelle, an der es ihm zum ersten Mal in seinem Leben auch gefällt.« (AEBI et DERUNGS 1993, S. 59)

III. 7. Soziale, organisatorische und zeitliche Strukturen

Die zeitliche Struktur eines Tages in der Soteria Bern ist wenig festgelegt. Sie ergibt sich aus den spontanen Wünschen und Bedürfnissen der Patientinnen, Patienten und des therapeutischen Teams immer wieder neu.

»Das Erarbeiten der Struktur entsteht aus den Bedürfnissen, z. T. der Betroffenen, zum Teil auch aus unseren Bedürfnissen; das kann natürlich auch sein, dass ich komme und sage: »(...) ich möchte mit dir reden und zwar über das und das (...).« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 180)

»(...) alles, was wir machen, geschieht aus der Situation heraus. Geschieht nicht in dem Sinne nach Programm. Oder Betroffene wünschen das, wir haben jeden Morgen um 10 eine so genannte Haussitzung, da besprechen wir den Tag, da kann es schon sein, dass jemand sagt: »Du, ich möchte gerne mit dir so eine Stunde Malen am Nachmittag.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 179)

Insgesamt gibt es wenige gemeinsame Angebote für alle Bewohnerinnen und Bewohner (vgl. BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 176). Zwei Nachmittage pro Woche arbeitet man in der gesamten Gruppe.

Alle Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses werden darüber informiert, wenn ein neuer Mitbewohner oder eine neue Mitbewohnerin einzieht. Über Aufnahmen und Entlassungen entscheiden die jeweils zuständigen Ärztinnen und Ärzte. Ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner kommen auch spontan in die Soteria. Wichtige therapeutische Entscheidungen werden zwar im Team getroffen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben jedoch gegenüber ärztlichen Handlungen und Anordnungen kein Vetorecht (vgl. BRILL 1996, S. 50).

»Ich hatte manchmal stark das Gefühl, dass die Soteria nur noch Forschungsprojekt war, dass sie durch und durch erforscht werden musste, egal auf welche Art und Weise, dass wir »Material« waren, das man nutzen musste, unabhängig davon, ob dies dem Konzept entsprach oder nicht. (...) Der Chef verlangte, dass die Forschungsarbeit weitergehen müsse und wir wehrten uns massiv dagegen. Wir warfen ihm Forschungsehreize vor, der keine Rücksicht darauf nehme, wie stark jemand psychotisch sei, ob diese Untersuchungen ihm noch mehr Angst machten. (...) Er meinte, dass er uns durchaus Freiräume lasse, dass er aber in gewissen Situationen als ärztlicher Leiter entscheiden müsse.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 121 f.)

III. 8. Der Umgang mit Medikamenten

Vom Grundsatz her versucht man in der Soteria Bern **möglichst ohne Neuroleptika** auszukommen. Wenn jemand jedoch über mehrere Tage bzw. Wochen unruhig und schlaflos ist, wird eine gezielte und niedrig dosierte Medikation erwägt. Dies geschähe

»(...) nie ohne Zustimmung durch den betreffenden Bewohner bzw. die Bewohnerin. Über Neuroleptika wird ausführlich diskutiert. Sie werden erst auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung verabreicht, die den Bewohnern ein Recht auf eigenständige Entscheidungen einräumt« (AEBI 1993a, S. 39).

Eine unterschiedliche Aussage findet sich in BRILL (1996, S. 50), wonach nicht die Pati-

entinnen und Patienten, sondern die Ärztinnen und Ärzte das »Letztentscheidungsrecht« (a. a. O. S. 50) über die Vergabe von Medikamenten hätten.

»(...) meine Erfahrung ist eigentlich die, dass jeder Arzt sein eigenes pharmakologisches Konzept im Kopf hat, und ich bin mir nicht jeweils sicher, nach welchen klaren oder wegen mir auch bestimmten Kriterien irgendeine Verordnung sich schlussendlich richtet. Das hat vielleicht mit der eigenen Erfahrung zu tun (...).« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 169)

Auch unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gibt es Unterschiede in der Vorgehensweise:

»Die einen arbeiten mit Medikamenten, immer im Gespräch mit den Betroffenen, damit diese lernen, selbstständig damit umzugehen. Andere sind eher direktiv.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 109 f.)

Andere Autoren beschreiben einen eher **pragmatischen** und **ideologiefreien**« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 174; Hervorh. d. d. Autor) Umgang mit Medikamenten, welcher sich an individuell unterschiedlichen Phasen der Psychose und Wünschen der Betroffenen orientiere. Für Absetzversuche ist man prinzipiell offen (vgl. AEBI 1993c, S. 139).

»Es steht hier nicht das Entweder-oder im Vordergrund, sondern oft das Sowohl-als-auch. Es gibt viele Zwischenlösungen, die sowohl die Gabe von Medikamenten in bestimmten Phasen der Erkrankung beinhalten, als auch die Bevorzugung anderer Prioritäten in anderen Phasen der Behandlung.« (NOUVERTNÉ 1993, S. 163)

Der Umgang mit den Psychopharmaka hat sich über die Jahre verändert. Am Anfang wurden deutlich weniger Medikamente eingesetzt und »fast nur stützend in der zweiten und dritten Phase – und auch das mit Vorbehalten« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 109). Diese Vorgehensweise hat sich durch das Erfahren von therapeutischen Grenzen verändert.

»Wir mussten erkennen, dass wir nicht alles können. Dann kommt dazu, dass nicht jeder Mensch eine solche Art der Behandlung – ohne Medikamente – wünscht. Zudem nahmen wir natürlich im Verlauf der Jahre eine ganze Anzahl Leute zum zweiten oder dritten Mal auf, die sich dann zum Teil für Medikamente interessierten.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 109)

Die Aussagen von T. Derungs (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 174) weisen auch auf strukturelle Umstände für den Gebrauch von Medikamenten hin:

»Das hat sehr oft auch mit dem Team zu tun, dass jemand Medikamente bekommt. Weil das Team halt an seine Grenzen kommt, sei es körperlich oder auch sonst, weil es nicht mehr kann (...). Es kommt auch bei uns vor, dass wir merken, dass wir ein volles Haus haben. Vielleicht 5, 6 Leute und davon ist jemand akut psychotisch und im weichen Zimmer, wird begleitet, vielleicht zwei auf wackeligen Füßen, die da rumstehen, mehr oder weniger psychotisch, brauchen vielleicht nachts eine Begleitung (...). Das schaffen wir kräftemäßig vielleicht 14 Tage, 3 Wochen, nachher (...) läuft nichts mehr, rein von unseren eigenen Kräften. Dann kann's ganz klar Situationen geben: so, entweder nimmt die Person jetzt etwas nachts, damit sie wenigstens schlafen kann, weil wir nicht mehr können, wir mögen nicht mehr.«

Man hat die Neuroleptika im Laufe der Zeit verstärkt niedrig dosiert und gezielt eingesetzt, weil es bei vielen Patientinnen und Patienten im Durchschnitt länger gedauert hatte, bis sie »less severe psychotic symptoms« (CIOMPI et al. 1995, S. 139) zeigten, als dies

zuvor in den Publikationen von MOSHER et al. (z. B. MOSHER et MENN 1978) berichtet worden war.⁴

III. 9. Therapeutische Wirksamkeit und begleitende Forschung

Von 1984 bis 1994 lebten 73 Patientinnen und 57 Patienten in der Soteria Bern. Insgesamt wurden »214 Behandlungen durchgeführt« (HEISE 1996, S. 93), die zwischen einem Tag und 596 Tagen dauerten, bei einem Durchschnitt von etwa sechs Monaten. 23 Patientinnen und Patienten waren zweimal, neun dreimal und sieben mehr als dreimal aufgenommen worden. Die Altersspanne lag zwischen 17 und 39 Jahren, der Altersdurchschnitt bei 25 Jahren (vgl. AEBI et DERUNGS 1993, S. 51). Betreuerinnen und Betreuer der Soteria haben eine eigene **Bilanz** ihrer Arbeit erstellt. Diese Bilanz bezieht sich auf **101 Personen**, die von Mai 1984 bis Mai 1992 in der Soteria wohnten.

»Als erfolgreich gilt ein Aufenthalt dann, wenn der betreffende Mensch danach (d. h. beim Verlassen der Soteria) in der Lage ist, sein gewohntes Leben ohne psychotische Erlebnisse oder Ausdrucksweisen wieder aufzunehmen. Als nicht erfolgreich gilt ein Aufenthalt erstens, wenn es nicht gelingt, eine positive, tragfähige Beziehung aufzubauen und der Aufenthalt deshalb vorzeitig abgebrochen wird, und zweitens, wenn das Angebot der Soteria über lange Zeit genutzt wird und trotzdem keine Stabilisierung eintritt; in der Regel erfolgt dann eine Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung.« (AEBI et DERUNGS 1993, S. 52)

Die Begleitung durch eine oder mehrere akute Psychosen innerhalb von insgesamt 180 Tagen⁵ verlief danach »53-mal erfolgreich und 44-mal nicht erfolgreich« (a. a. O. S. 52). Begleitungen durch eine oder mehrere akute Psychosen, die im ganzen länger als 180 Tage dauerte, wurden »15-mal erfolgreich und 5-mal nicht erfolgreich« (a. a. O. S. 53) abgeschlossen. Eine effektive soziale Unterstützung nach einer akuten Phase (definiert als ein Übergang in den gewohnten Alltag oder eine Neuorientierung im Arbeits- oder Wohnbereich) gelang »30-mal erfolgreich und 1-mal nicht erfolgreich« (a. a. O. S. 53).

4 »Durch die Evaluationsforschung der Soteria Bern ist eine gewisse Ernüchterung eingetreten. Die Ergebnisse belegen nicht, dass eine weitgehend medikamentenfreie Psychosebegleitung die Zweijahresprognose psychotischer Menschen wesentlich bessert. Damit ist auch die Motivation der dort arbeitenden Mitarbeiter gesunken, sich die mühevollen Arbeit der Psychosebegleitung über mehrere Wochen zu machen. Dies macht sich daran fest, dass in der Soteria Bern jetzt bereits nach zwei bis drei Wochen Medikamente verabreicht werden, sollte es nicht bis dahin zu einer deutlich günstigen Entwicklung gekommen sein. Früher betrug die Zeit des medikamentenfreien Begleitens sechs Wochen und länger. Durch diese Entwicklung kommt es jetzt in der Regel zu einer Behandlung mit niedrig dosierten Neuroleptika, die in diesem stützenden Milieu auf ein Drittel der sonst üblichen Dosis herabgesetzt werden können. Dies ist sicher auch als ein Erfolg zu sehen. Medikamentenfrei werden in Soteria Bern nur noch 10 bis 20 Prozent der dort wohnenden Klienten behandelt.« (ADERHOLD 1997, S. 27)

5 Diese Grenze orientiert sich an Krankenkassenleistungen. Bis zu 180 Tagen wird die Akutbehandlung gewährleistet, danach wird ein niedrigerer »Chronikertarif« (AEBI et DERUNGS 1993, S. 52) bezahlt.

Insgesamt ergeben sich daraus **66 % (98/148) erfolgreiche** und **34 % (50/148) nicht erfolgreiche Verläufe**, in denen jemand entlassen oder in eine andere stationäre Einrichtung verlegt wurde. AEBI et DERUNGS (1993, S. 53) sind der Meinung, dass überwiegend diejenigen einen Nutzen von der Soteria haben, denen das Charakteristische des therapeutischen Angebots (sich genügend Zeit nehmen, Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, Bewältigung alltäglich-konkreter Aufgaben, etc.) zusagt.

Von 1984 bis 1994 brachen 28 Patientinnen und Patienten ihren Aufenthalt vorzeitig ab, 23 von ihnen wurden in eine Klinik überwiesen. Klinikeinweisungen geschahen, weil das Team sich dazu entschlossen hatte, Patientinnen und Patienten dies aufgrund hoher Suizidalität oder eines sehr großen Aggressionspotenzials selbst wünschten oder weil Angehörige über fehlende Therapieerfolge enttäuscht waren. Während der Behandlung in der Soteria haben sich drei Menschen das Leben genommen, »jedoch alle nach der akuten Phase und außerhalb der Soteria. Ein Suizidversuch fand im Haus statt« (HEISE 1996, S. 94).

Über die interne Wirksamkeitskontrolle hinaus war die Soteria seit ihrer Gründung auch ein **Forschungsprojekt**, das vom Schweizerischen Nationalfond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über mehrere Jahre finanziert wurde. Ein Forschungsteam der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern betreut die Forschungsvorhaben und führte bislang zwei Wirksamkeitsstudien durch (s. III. 9. 1.). Soteria-Patientinnen und -Patienten, die sog. **Indexgruppe**, und die in der Studie von 1993 (s. CIOMPI, KUPPER et al. 1993) erforschten Vergleichsgruppen mussten bei Studienaufnahme den unter III. 3. genannten Aufnahmekriterien genügen.

»(...) the index population may have contained patients who were somewhat easier to treat, but also less favorable outcome prospects than a typical population of acute patients with a shorter duration of illness and no severe negative symptoms.« (CIOMPI et al. 1995, S. 137)

Dies hätte daran gelegen, dass heftig agitierende Patientinnen und Patienten häufig nicht in die Soteria, sondern in ein psychiatrisches Krankenhaus gebracht worden seien. Andererseits seien einige Patientinnen und Patienten mit länger dauernden, chronischen Verläufen und gravierenden negativen Symptomen mit anderslautenden Vorinformationen aufgenommen worden.

III. 9. 1. Wirksamkeitsstudien

a) Erste Studie (vgl. CIOMPI et al. 1991, S. 431 ff.; CIOMPI 1993b; HEISE 1996, S. 97 f.)

Die erste Studie erstreckte sich über den Zeitraum vom 1.5.1984 bis 30.4.1990, und beinhaltet die Daten von insgesamt **60 Patientinnen und Patienten**.⁶ Der Altersdurchschnitt betrug 24 Jahre, die durchschnittliche Erkrankungsdauer 16 Monate und die durchschnittliche Behandlungsdauer 170 Tage. Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten blieb zwischen einem und vier Monaten in der Soteria.

⁶ Die folgenden Ergebnisse beziehen sich jedoch nur auf 51 Patientinnen und Patienten. Vier Patientinnen und Patienten waren am 30.4.1990 noch in Behandlung. Fünf Patientinnen und Patienten blieben aus verschiedenen Gründen weniger als zehn Tage in der Soteria, sodass eine »eine beurteilbare Behandlung (...) gar nicht zustande kam« (CIOMPI et al. 1991, S. 431).

Trotz Schwierigkeiten in der systematischen Nachbetreuung und Rückfallprophylaxe (u. a. durch mangelnde Zusammenarbeit mit nachbetreuenden Ärztinnen, Ärzten oder Einrichtungen und durch ein nicht konsequentes Einhalten der Nachkontrollen von Seiten der Betroffenen oder Angehörigen) kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass das vorgeplante Therapiekonzept im »Großen und Ganzen (...) gut durchführbar« war (CIOMPI et al. 1991, S. 431), und sich die geforderten therapeutischen Prinzipien »weitgehend verwirklichen« (a. a. O. S. 431) ließen.

Drei **Beurteilungsbereiche** (der psychopathologische Zustand, die Wohnsituation und die Arbeitssituation jeweils bei Entlassung) dienen der Einschätzung der therapeutischen Wirksamkeit. Die Zuordnung in die jeweiligen Kategorien wurde vom Forschungsteam der Universitätsklinik Bern vorgenommen.⁷

»Der *psychopathologische* Zustand bei Austritt wurde klinisch wie folgt beurteilt:

- keine psychotischen Symptome (Vollremission) 21 Fälle;
- leichte Residuen 12;
- mittelschwere Residuen 7;
- keine Besserung; bzw. Verschlechterung 4;
- unsicher 7.

Die Patienten wurden in die folgende *Wohnsituation* entlassen:

- normale Wohnsituation (allein oder mit Kollegen) 19 Fälle;
- bei Eltern 14;
- geschützte Wohngemeinschaft oder Wohnheim 6;
- psychiatrische Klinik 9;
- unsicher (keine oder widersprüchliche Informationen) 3.

Die Arbeitssituation nach Austritt war:

- normale Arbeit oder Schule 20 Fälle;
- Teilzeitarbeit 5;
- geschützte Werkstatt/Rehabilitationswerkstatt 5;
- arbeitslos 19;
- unsicher (keine oder widersprüchliche Informationen) 2.

Durch kombinierte Berücksichtigung der obigen drei Beurteilungen ließ sich der *globale unmittelbare Behandlungserfolg* wie folgt ermitteln:

- gut (Kategorie 1 oder 2 in allen 3 Bereichen): 19 Fälle;
- eher gut (Kategorie 1 oder 2 in 2 von 3 Bereichen): 12;
- eher schlecht (Kategorie 3 oder 4 in 2 von 3 Bereichen): 9;
- schlecht (Kategorie 3 oder 4 in allen Bereichen): 9;
- unsicher (Kategorie »unsicher« in 2 oder 3 Bereichen): 2.«

(CIOMPI et al. 1991, S. 432)

⁷ Das Forschungsteam benutzte in allen Einrichtungen einheitliche Erhebungsinstrumente. Die Untersucherinnen und Untersucher wurden »im Lauf der Forschungsarbeiten mehrfach mittels Videoaufnahmen und Workshops so lange in deren Anwendung trainiert, bis durchwegs Interreliabilitäten von über $r = 0,7$ erreicht waren« (CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 441).

Rund **63 %** der 49 einschätzbaren Verläufe zeigten demnach einen **guten bis eher guten Verlauf**, rund **37 %** einen **eher schlechten bis schlechten**.⁸

20 Personen machten nie von **Neuroleptika** Gebrauch. Die übrigen 31 Personen nutzten Neuroleptika mindestens einmal und im Durchschnitt während rund 63 % ihrer Tage in der Soteria. Die genommenen Dosen »dürften ca. 1/2-1/3 der in Europa (...) üblichen Dosen entsprechen« (CIOMPI et al. 1991, S. 432). In einer Gegenüberstellung von oben genannten Beurteilungsbereichen und dem Geschlecht, dem Alter, der Behandlungsdauer und der Dauer, Dosierung und Totaldosis von Neuroleptikabehandlungen fand sich u. a. ein signifikant besserer Therapieerfolg bei Frauen und bei neuroleptikafreier Behandlung.

»Auch die Arbeitssituationen bei Austritt ist bei fehlender Neuroleptikamedikation signifikant besser. Die Wohnsituation ist signifikant günstiger bei kürzerer Erkrankungs-dauer, und der psychopathologische Austrittsbefund ist besser bei schizophrenieformen im Vergleich zu schizophrenen Psychosen.« (CIOMPI et al. 1991, S. 432)

Man dürfe aus diesen Ergebnissen jedoch nicht den Schluss ziehen, dass eine reine Milieuthherapie einer Kombinationsbehandlung mit Neuroleptika überlegen sei, da Medikamente nur in Ausnahmesituationen gegeben wurden, und es offensichtlich bestimmte Menschen gibt, die von vorneherein bessere Chancen für eine medikamentenfreie Therapie haben (vgl. CIOMPI 1993b, S. 183). Im Unterschied zu den Ergebnissen der Soteria San Jose dauerte es länger bis bei den Patientinnen und Patienten ein Rückgang ihrer Symptome beobachtbar war. Dies habe mit dazu beigetragen, dass die Häufigkeit und Dosisstärke neuroleptischer Behandlungen im Laufe der Jahre deutlich zugenommen habe (vgl. CIOMPI et al. 1991, S. 432).

Das **subjektive Erleben** einer Psychose erschien »in vielen Fällen als weniger traumatisch und leichter in die persönliche Lebensgeschichte zu integrieren als bei der traditionellen Klinikbehandlung« (CIOMPI et al. 1991, S. 432).

»Neben den berichteten klinischen Befunden und vielfältigen vertieften Einblicken ins akut psychotische Geschehen sind als wesentlicher Gewinn dieses Pilotexperiments namentlich die erwähnten neuen Erfahrungen mit einer differenziert situationsangepassten neuroleptischen Medikation in enger Zusammenarbeit mit den Patienten selbst und ihren Angehörigen hervorzuheben.« (CIOMPI et al. 1991, S. 434)

Auch Selbstmedikation ist »zunehmend häufig« (CIOMPI et al. 1991, S. 432) versucht worden. Bei der Einschätzung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es keine Kontrollgruppen gab, und die Bedeutung von Auslesefaktoren und Spontanheilungsraten ebenso nicht miteinbezogen wurden wie die weiteren Verläufe, der personelle Aufwand und die Kosten.

b) Zweite Studie (vgl. CIOMPI, KUPPER et al. 1993; CIOMPI 1993b; HEISE 1996)

In dieser **prospektiven Verlaufsstudie** wurden zum einen **22 Patientinnen und Patienten** der Soteria, deren Behandlungsbeginn lange genug zurücklag und die sämtliche Forschungskriterien erfüllten, mit konventionell behandelten Vergleichsgruppen aus vier verschiedenen Kliniken verglichen. Zum anderen wurden Ergebnisse aus Paralleluntersuchungen über rund 100 in der Soteria behandelte Patientinnen und Patienten zusammengefasst.

8 Berücksichtigt man die fünf vorzeitig abgebrochenen Verläufe als therapeutische Misserfolge ergeben sich Prozentränge von 57 und 43. Dies erscheint CIOMPI et al. (1991, S. 432) »nur bedingt statthaft (...), da eine Behandlung ja gar nicht stattfand«.

Die **Vergleichsgruppen** für die Verlaufsstudie bildeten die halbprivate psychiatrische Klinik ›Schlössli‹ Oetwil im Kanton Zürich (n = 20), eine öffentliche psychiatrische Abteilung am somatischen Krankenhaus Luzern (n = 23), die kantonale psychiatrische Klinik St. Urban im Kanton Luzern (n = 13) und das Landeskrankenhaus Philipphospital Riedstadt (n = 14). Aus den vier Vergleichsgruppen wurde zur besseren Vergleichbarkeit eine paarweise parallelisierte **Kontrollgruppe** (n = 22) herausgefiltert.⁹

Bei den 22 Index-Patientinnen und -Patienten fanden sich **zwei Jahre** nach Untersuchungsbeginn¹⁰ acht schizophreieforme Psychosen, neun sichere und fünf wahrscheinliche DSM-III-Schizophrenien. Für die 22 Kontroll-Patientinnen und -Patienten wurden sechs schizophreieforme Psychosen, acht sichere und acht wahrscheinlich DSM-III-Schizophrenien diagnostiziert. Die durchschnittliche **Dauer des institutionellen Aufenthaltes** war in der Indexgruppe mit rund 185 Tage doppelt so lang wie in der Kontrollgruppe mit rund 92 Tage. Wie in der ersten Studie wurden zur Einschätzung der therapeutischen Effektivität der verschiedenen Einrichtungen die **drei Beurteilungsbereiche** ›psychopathologischer Zustand‹, ›Wohnsituation‹ und ›Arbeitssituation‹ sowie die bereits beschriebene Kombinationswertung herangezogen. Über einen Zeitraum von zwei Jahren wurden zusätzlich die Rückfallhäufigkeit, die neuroleptische Medikation und die Behandlungskosten miterhoben.

1. Im **Vergleich** der Index- mit der Kontrollgruppe ergaben sich **keine signifikanten Unterschiede** in psychopathologischem Zustand, Wohn- und Arbeitssituation, Kombinationswertung nach zwei Jahren und Rückfallhäufigkeit innerhalb von zwei Jahren. Als Beispiel seien hier die Ergebnisse des Beurteilungsbereiches ›Psychopathologie‹ zitiert:¹¹

- ›1. Keine bis leichte schizophrene Störungen: 12 Indexprobanden, 13 Kontrollprobanden
2. Mittlere bis schwere schizophrene Störungen: 10 Indexprobanden, 8 Kontrollprobanden
3. Unsicher, fehlend: 1 Kontrollproband.« (CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 443)

Bei 68,2 % der Soteria-Patientinnen und -Patienten und 81,8 % der Kontroll-Patientinnen und -Patienten stellten sich ›gute‹ oder ›eher gute‹ Kombinationswertungen heraus (vgl. CIOMPI et al. 1993, S. 443). Bei der mittleren Dauer von stationären und teilstationären Rückfällen lag die Indexgruppe mit rund 132 Tagen deutlich, aber nicht signifikant unter dem Ergebnis der Kontrollgruppe mit 190 Tagen (vgl. a. a. O. S. 444).

2. Die Auswertung der Daten, die sich auf den **Medikamentengebrauch** beziehen,

9 Diese Kontrollgruppe wurde unabhängig vom Behandlungsergebnis entsprechend einer Kriterienrangfolge (1. Geschlecht, 2. Alter, 3. Zivilstand, 4. Diagnose, 5. Ausbildungsniveau) gebildet. Sie unterschied sich weder in Bezug auf die fünf genannten Merkmale noch auf andere Variablen wie z. B. die ›prämorbid soziale Autonomie‹ (Kombination aus Wohn- und Arbeitssituation, finanzieller Autonomie, Freizeitgestaltung, rechtlicher Mündigkeit und der vorherrschenden Psychopathologie) signifikant von der Indexgruppe. Ebenso fanden sich zwischen den vier Vergleichsgruppen und der Indexgruppe keine signifikanten Unterschiede.

10 Eine sichere Diagnose einer ›Schizophrenie‹ nach DSM-III-Kriterien erfordert eine mindestens sechsmonatige Krankheitsdauer.

11 Zur Erhebung des psychopathologischen Befundes diente die ›Brief Psychiatric Rating Scale‹ (BPRS) nach OVERALL et GORHAM (1962).

zeigte, dass in der Indexgruppe während der rund doppelt so langen stationären Behandlungsphase im Schnitt eine um 55,7 % geringere Gesamtdosis an Neuroleptika eingesetzt wurde als in der Kontrollgruppe. Pro stationären Behandlungstag ergibt sich eine hochsignifikante Reduktion um 81,3%.

»Wenn überhaupt, so erhielten Indexpatienten mit Mittel nur während rund 1/3 (37,4 %), Kontrollpatienten dagegen fast während der ganzen stationären Behandlungsphase (86,9 %) Neuroleptika (...).« (CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 444)

Während der stationären Behandlungsphase hatten 16 Personen der Index- und 21 Personen der Kontrollgruppe mindestens einmal von Neuroleptika Gebrauch gemacht. Für die ambulante, zweijährige Nachbetreuung traf dies für 14 Personen der Index- und 18 Personen der Kontrollgruppe zu. Die Erhaltungsdosis war in der Indexgruppe um mehr als die Hälfte und damit signifikant geringer als in der Kontrollgruppe. Innerhalb des Zweijahreszeitraums wurden vier Personen der Indexgruppe und eine Person der Kontrollgruppe nie neuroleptisch behandelt.¹²

Auch in dieser Studie fanden sich in der Indexgruppe vergleichsweise bessere Verläufe bei geringerer oder fehlender Neuroleptikabehandlung. Identisch mit den Schlussfolgerungen der ersten Studie halten CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 446 f.) auch hier fest, dass man von einer Überlegenheit der reinen Milieuthérapie gegenüber einer Kombinationsbehandlung mit Neuroleptika nicht sprechen könne. Andererseits zeigen die oben genannten Ergebnisse aber, dass man im Soteria-Modell generell mit weniger Medikamenten ebenso gute Ergebnisse erzielte wie dies mit herkömmlichen Medikamentendosen der Fall war.

3. Besondere Vorteile des Soteria-Projektes lagen in **subjektiven und erlebnismäßigen Aspekten**.

»Demnach werden die explorierten Behandlungsmethoden trotz zeitweise hoher emotionaler Belastung nicht nur (...) überwiegend als sehr positiv erlebt, sondern es ergeben sich auch zahlreiche Hinweise auf eine oft bessere Verarbeitung und Einordnung der Psychose in die individuelle Lebensgeschichte als gewöhnlich.« (CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 448)

Positiv hervorgehoben werden ferner ein geringerer Grad an sozialer Stigmatisierung, ein nicht erwartetes gutes Ansprechen von Patientinnen und Patienten mit einer eher chronischen Symptomatik auf das Soteriamilieu, eine zufriedenstellendere Kooperation zwischen dem therapeutischen Personal und den Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen als gemeinhin üblich, insbesondere auch aufgrund des flexiblen Umgangs mit Medikamenten (vgl. CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 448).

4. Die mittleren täglichen **Kosten** in der Soteria sind mit sfr. 124,- identisch mit den Ausgaben für die Kontrollgruppe. Die Gesamtkosten sind dagegen um rund ein Drittel höher. Der Kostenunterschied wird als direkte Folge einer doppelt so langen,

¹² Vgl. CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 444): »Dabei handelt es sich durchweg um schizophre nieform e Psychosen, die mit einer Ausnahme rückfallfrei verliefen. Die vier Indexprobanden wiesen nach zwei Jahren in allen drei Unterbereichen (...) sowie in der Kombinationswertung bestmögliche Werte auf, während sich beim Kontrollprobanden neben einer günstigen Wohn- und Arbeitssituation ein ungünstiger Befund in der Psychopathologie fand.«

durch den Einbezug der oft langwierigen Rehabilitationsphase bedingten, stationären Behandlungsdauer dargestellt. Bei Verlegung dieser Phase in billigere Institutionen würden sich die Kosten ausgleichen.¹³ Den Vergleich erschweren weiterhin Kostenunterschiede zwischen der Schweiz und Deutschland als auch zwischen den einzelnen Schweizer Kantonen.

»Methodologisch und auch klinisch korrekt erscheint deshalb einzig der Vergleich der effektiven Tageskosten¹⁴ in ›Soteria‹ von durchschnittlich sfr. 344,29 (gemäß Jahresberichten 1984–1991) mit den genau gleich berechneten Tageskosten in der 24h-Kriseninterventionsstation der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern, die mit sfr. 419,23 um 21,8 % höher sind.« (CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 445)

5. CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 448) führen aus, dass »objektiv gefährliche Zwischenfälle über die Jahre vergleichsweise sehr selten (insgesamt neunmal, darunter ein Suizid) vorkamen«.¹⁵

Auch die Ergebnisse dieser Studie müsse man **relativieren**. An Unsicherheitsfaktoren benennen CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 447) die geringe Fallzahl, die Unkenntnis der Spontanheilungsquoten und die geringere wissenschaftliche Wertigkeit der Anwendung von paarweise parallelisierten Probanden im Vergleich zur Anwendung von randomisierten Zufallsgruppen.¹⁶ Außerdem sei fraglich, ob man mit den benutzten objektivierenden Methoden die subjektiven, emotionalen und psychodynamischen Besonderheiten der Soteria erfassen könne.

III. 9. 2. Studien über das Behandlungsmilieu

Die zuvor beschriebene zweite Studie (CIOMPI, KUPPER et al. 1993) enthielt auch einen **Vergleich der verschiedenen Behandlungsmilieus**. Als Erhebungsinstrument wurde die ›**Skala zur Einschätzung des therapeutischen Klimas**‹ (SEKT) (vgl. HENRICH et al. 1979) benutzt, welche eine durch drei teambezogene Unterskalen erweiterte deutsche Version der Ward Atmosphere Scale (WAS) (vgl. MOOS 1974, 1975; I. 9. 2.) darstellt. Patientinnen, Patienten, Betreuerinnen und Betreuer sollten jeweils 120 Fragen zu vier Milieuaspekten »1. Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten, 2. Therapiekonzepte und -ziele, 3. Funktionsabläufe, 4. Beziehungen der Mitarbeiter untereinander« (a. a. O. S. 441) mit insgesamt 15 Subskalen beantworten, siehe Abb. 10.

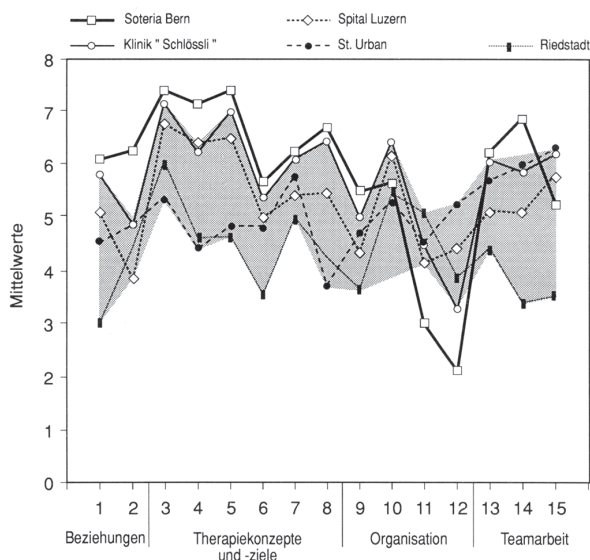
13 Seit Bekanntwerden dieser Studienergebnisse wird versucht, die Aufenthaltsdauer in der Soteria nach Möglichkeit auf drei Monate zu begrenzen und die Phase drei in anderen Institutionen zu verlegen (vgl. CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 448; BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 165).

14 Diese effektiven Tageskosten enthalten keine rehabilitativen Wiedereingliederungskosten.

15 Zahlen aus den Vergleichsgruppen werden leider nicht genannt.

16 Die Zuweisung zur Soteria Bern geschieht nicht zufällig, sondern immer nur dann, wenn gerade ein Platz frei ist.

Einschätzung der Soteria versus Vergleichsgruppen



- | | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| 1 Engagement | 9 Transparenz der Konzeption |
| 2 Spontaneität | 10 Transparenz des Therapieverlaufs |
| 3 Selbstständigkeit | 11 Kontrolle durch Mitarbeiter |
| 4 Praktische Orientierung | 12 Ordnung und Organisation |
| 5 Zukunftsorientierung | |
| 6 Therapeut als Modell | 13 Team – Einigkeit |
| 7 Verstärkung | 14 Team – Partnerschaft |
| 8 Bandbreite des Programms | 15 Team – Informationsfluss |

Abb. 10 aus CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 441)

Für die Soteria Bern ergaben sich im Vergleich mit allen Kontrollsettings **signifikant engagiertere, spontanere und stärker praxisbezogene Beziehungen** bei gleichzeitig stärker partnerschaftlichen Teamstrukturen, weniger straffer Ordnung und Organisation sowie weniger Kontrolle.

»Als nichtsignifikante Trends waren ferner größere Selbstständigkeit und Valorisierung der Patienten (Items 3 und 7), stärkere Zukunftsorientierung und Bandbreite des therapeutischen Programms (5 und 8), deutlichere Modellfunktion der Therapeuten (6) und mehr Zusammenarbeit im Team (13) festzustellen.« (a.a.O. S. 441)

Der Soteria Bern am ähnlichsten ist die Klinik »Schlössli« Oetwil, in der seit vielen Jahren das Konzept der »therapeutischen Gemeinschaft« umgesetzt wird.

Insgesamt konnten laut CIOMPI (1993a, S. 176) die Ergebnisse von Mosher et al. (vgl. I. 9.) »praktisch vollumfänglich« bestätigt werden. Ebenso sei das auf dem Konzept der »Affektlogik« beruhende psychosozio-biologische Schizophreniemodell zu einem gewis-

sen Grad bestätigt (vgl. CIOMPI et al. 1991, S. 433). Trotz der gefunden Resultate sieht das Team der Soteria die wissenschaftliche Begleitung teils sehr kritisch:

»Ich bin nicht besonders daran interessiert, weil ich eben glaube, dass es sehr schwierig ist, diese Art von Arbeit und den Stil des Hauses etc. zum Gegenstand der Forschung zu machen. Ich habe das Gefühl, Forschung kann dem nicht gerecht werden. (...) Die Frage ist doch, was es den Bewohnern bringt, wenn sie bei uns sind, verglichen mit einem normalen Klinikaufenthalt. Das wüsste ich schon auch gerne. Aber irgendwie meine ich, man müsste es anders anpacken, um das herauszufinden. Vielleicht findet man diese Antwort auch als Nebenprodukt der eigentlichen Forschungsarbeit. Ich bin mir nicht im Klaren, was auf diese Art und Weise herauskommen soll.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 114 f.)

»Wir waren ja als Team immer eher etwas forschungsunfreundlich, das hat uns immer Mühe gemacht. Wir haben auch immer viel abwehren müssen an Ideen, die da kamen, Videokamera im weichen Zimmer, Blutentnahmen (...) psychologische Trainingsprogramms (...). Im Moment wird so chaostheoretisch geforscht. Ich habe wenig Ahnung, was die machen, wir liefern die Daten.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 116)

III. 10. Meinungen und Kritiken über die Soteria Bern

- AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ (1993, S. 120 f.) nennen an Verbesserungsvorschlägen:
 - Ein zweites Haus für Menschen in der zweiten bis vierten Phase, denen bisher nicht genügend Zeit gewidmet werden kann; dem »Begleiten noch mehr Raum geben, mehr Personal würde das bedeuten. Das war das Ganze, an dem Möglichkeiten zur Entwicklung auch immer wieder gescheitert sind« (a. a. O. S. 120); insgesamt drei Betreuerinnen und Betreuer pro Einsatz; homöopathische Arbeit, Ernährungsberatung; mehr Supervision, um mehr über den Umgang miteinander zu lernen; die Anstellung eines Sozialarbeiters oder einer Sozialarbeiterin, um das Team z. B. von sozialrechtlichen Fragen zu entlasten
- »In der Soteria ist ›gut sein‹ (...). Sie strahlt nichts Schreckliches aus, die Atmosphäre ist gelöst, ihr haftet nichts Klinisches an, weder Gerüche noch die Einrichtung, weder Kleider noch das Verhalten des Personals erinnern an Psychiatrie. Der zwanglose Umgang trägt wesentlich zum entspannten Klima bei. Es ist mit den Händen zu greifen, dass hier kein böser Geist über abgelöschten Insassen herrscht (...).« (BRÜGGE 1994, S. 118)¹⁸
- »Die Soteria kann zentrale, von Betroffenen immer wieder gestellte Fragen der Sinnhaftigkeit oder Sinnlosigkeit menschlichen Lebens und psychotischen Erlebens nicht beantworten. Es gibt viel leere, ungenutzte und als sinnlos erlebte Zeit, auch in der Soteria. Sie wäre vielleicht zu füllen mit stärkerer Auseinandersetzung durch sinngebende Tätigkeit, durch Herausarbeiten von Alternativen und mehr Beschäftigung.« (NOUVERTNÉ 1993, S. 165)

¹⁸ Dieses Zitat stammt aus SCHELBERT, L. (1993): Zwischenraum. Das Projekt Soteria – als Versuch einer menschlicheren Psychiatrie. In: Das Magazin, Tagesanzeiger und Berner Zeitung, Vol. 42, No. 23, S. 27–34

- »Als Letztes soll noch kurz angedeutet werden, dass das vorgeschlagene Konzept potenziell Zugänge zu weiteren, bisher wenig genutzten therapeutischen Möglichkeiten zu eröffnen vermag. Hierzu gehören z. B. tanz- und bewegungstherapeutische Verfahren, die – im Lichte namentlich der Konzept Piagets – sinnvollerweise die unklaren innerpsychischen Bezugssysteme oder Repräsentanzen zunächst mehr von der averbalen Affekt- und Körperseite, d. h. von der symbolischen Aktion, der Motorik, Sensorik und Gestik, als vom Wort her angehen. Besonders bewährt hat sich in unserer Institution ein kombiniertes zunächst averbales, aber in der Gruppenbesprechung dann auch verbalisiertes Vorgehen durch eigens geschulte Bewegungstherapeuten.« (CIOMPI 1985a, S. 68)
- »Von einer Reflexion der Verhaltensmaßstäbe für Frauen und Männer wird zumindest in der Literatur und in meinem Gespräch mit THOMAS DERUNGS nichts ersichtlich. Ein Hinterfragen, inwieweit ›psychotische‹ Männer und Frauen überhaupt zusammenleben sollten, inwieweit Männer in der Betreuung (mit Körperkontakt) für betroffene Frauen überhaupt geeignet sind, findet – zumindest vordergründig – nicht statt.« (BRÜGGE 1994, S. 114 f.)
- »Ein Gelingen des ›Experiments Soteria‹ bedeutet für viele Sozialwissenschaftler und Psychologen, dass trotz aller biologischen Mitursachen letztendlich ›das Psychische‹, zumindest in der Behandlung, von wesentlicher Bedeutung ist.« (NOUVERTNÉ 1993, S. 160 f.)
- »Die Behandlung hat ihre Stärken vor allem in der akuten Phase, im wohlwollenden Begleiten und im Herstellen einer weitgehend angstfreien Atmosphäre. Das Niederkämpfen der Spannung durch hochdosierte Neuroleptikagaben wird den PatientInnen erspart. Zudem wird der Versuch unternommen, die Psychose als Botschaft zu verstehen und als solche anzunehmen.« (HEISE 1996, S. 92)
- »Rückblickend und unter Berücksichtigung anderer in der Soteria gewonnener Erfahrungen kommen wir zu dem Schluss, dass eine solche Behandlungsform bei akuten psychotischen Krisen hilfreich ist, dass aber konzeptuell kompatible Anschlussprogramme dringend notwendig sind. Es sollten verschiedenartige und auch von der Zielsetzung her unterschiedliche Rehabilitationsangebote zur Verfügung stehen, sodass eine nahtlose und individuell passende Weiterbetreuung und Lebensperspektive möglich wird.« (AMBÜHL et SCHIEPEK 1994, S. 740 f.)
- »Auch wer den Berner Befunden Bedeutung beimisst, wird bedauern, dass sich die Studie nicht stärker an der klinischen Praxis orientiert. Andererseits ist es nicht unvorstellbar, dass die übliche Klinikbehandlung schizophrener Patienten auf breiterer Basis durch Spezialeinheiten ergänzt werden könnte, die einen milieuthérapeutischen Ansatz entsprechend dem Soteriaprojekt verfolgen. Weiter ist zu fragen: Wenn der antipsychotische Effekt der Neuroleptika gesichert ist, kann man dann auf sie verzichten? Es bedarf einer Begründung, (akut) Schizophrene ohne Neuroleptika zu behandeln, nicht etwa umgekehrt. Ist es denn einem Patienten überhaupt zumutbar, ihn erst ›bei fehlenden Anzeichen von Besserung nach vier bis fünf Wochen‹ neuroleptisch zu behandeln? Wenn Neuroleptika tatsächlich helfen, entspricht diesem Effekt auch die Bewertung der Patienten.«¹⁹ (TÖLLE et WINDGASSEN 1992, S. 578)

19 Vgl. WINDGASSEN (1989).

- »Ich habe die Vermutung, dass dieses Projekt uns Anhaltspunkte dafür liefert, wie Schizophreniebehandlung weitergehen kann.« (FINZEN 1995, S. 242)
- »Ich bezweifle, dass sie in unserem Gesundheitswesen eine große Zukunft hat. Sie passt einfach nicht in die gängige ›psychiatrische Landschaft‹, die ganz medizinisch und in letzter Zeit noch zunehmend biologisch orientiert ist. Dabei wünschte ich eigentlich, dass mehr solche Experimente Platz fänden in der psychiatrischen Versorgung.« (H.-R. Schneider in AEBI et SCHNEIDER 1993, S. 151)
- »Es wäre (...) utopisch zu glauben, dass im Modell der Soteria die Lösung für die psychiatrische Institution schlechthin gefunden worden wäre. (...) Kritische Psychiater in anderen Institutionen werden der Soteria vorwerfen, dass sie nicht im engeren Sinne gemeindenah sei, da sie ja ihre Patienten auswähle und keineswegs allen hilfebedürftigen Kranken einer Region zur Verfügung stehe. Jede moderne Reform müsse vor allem darauf zielen, allen Kranken dieselben Behandlungschancen zu geben.« (MÜLLER 1993, S. 169)
- »Für mich ging und geht es zunächst in keiner Weise um die Pflichtversorgung und Gesundheitspolitik und auch nicht um irgendwelche ideologischen Implikationen des Soteria-Projektes, obwohl mir all dies ebenfalls wichtig ist und ich durchaus nicht so naiv zu sein meine, solche Implikationen einfach zu übersehen – sogar über die aktuelle Situation und die Grenzen der BRD hinaus. (...) An eine Ausweitung auf Pflicht- und Routinebehandlungen dürfte meiner Meinung nach überhaupt erst gedacht werden, wenn die MOSHERSchen Befunde bestätigt werden können. Aber auch sonst wäre es doch völlig utopisch gewesen, mit acht Betten und Aufenthaltszeiten von mehreren Monaten irgendeinen signifikanten Beitrag zur Gesamtversorgung einer Bevölkerung von rund 400.000 Menschen leisten zu wollen. Deshalb stoßen m. E. auch alle Versuche ins Leere, das Soteria-Projekt gegen die psychiatrische Klinik auszuspielen oder ihm vorzuhalten, dass es in und mit statt gegen die ›offizielle Psychiatrie‹ konzipiert sei und auf diese auch in vielfältiger Hinsicht angewiesen bleibe.« (CIOMPI 1993a, S. 175)
- »Immer wieder hervorgehobenes Ziel ist ›Struktur herstellen‹, es wird als behandlungsleitendes Prinzip angepriesen: Das soziale bzw. therapeutische Umfeld müsse beispielsweise einen einheitlichen Weg im Umgang finden (vgl. Abb. 9). (...) Ein solches Konzept ist bestimmt nicht aussagelos, aber noch nicht mit Inhalt gefüllt. (...) Betroffene, Angehörige, und Behandelnde können sich möglicherweise einig werden über Zusammenarbeit, aber wie die dann sinnvollerweise und dies auch vor allem im Einzelnen aussieht, das verrät auch CIOMPIs Konzept den Ratlosen unter uns nicht. Es geht nicht um konkretes Verhalten von Frauen und Männern, nicht konkretes Erleben, nicht darum, wo Wahnsinn Sinn macht oder auch nicht. Es geht in dieser Art von Theorie überhaupt nicht mehr darum, welche Art von Unordnung (fehlender Struktur) vorliegt, sondern in erster Linie darum, DASS sie vorliegt. Mir ist ein solches Vorgehen zu schematisch und abstrakt, wenn es um Verhalten geht. In der Praxis mag sich ein solches therapeutisches Feld zu einem gewaltigen Manipulationsmittel gegen die Interessen von Betroffenen entwickeln, das darüber hinaus keine Widersprüchlichkeiten zulässt.« (BRÜGGE 1994, S. 122)

»The Windhorse program is about as noninstitutional as the treatment of acute psychosis can be.« (WARNER 1995, S. 170)

»Selten sind die Wahnsinnigen, die ihrem Wahnsinn gewachsen sind.«
(H. MICHAUX)

IV. Das Windhorse Projekt¹

Das ›Windhorse Program for Recovery‹ ist ein auf Edward M. Podvoll zurückgehendes Therapiemodell, welches als Alternative zur Hospitalisierung, als strukturierte Unterstützung des Alltag-Lebens und auch während der Resozialisierungsphase nach einem Krankenhausaufenthalt angewendet werden kann.² Es richtet sich vorzugsweise an Menschen mit **psychotischem Erleben**, die in ihrer eigenen oder in einer für die Therapie gemieteten Wohnung leben. Es gibt also keine feste Windhorse-Therapiestätte, sondern die Patientinnen und Patienten werden durch ein flexibles und individuell arrangiertes Team betreut. Eine **therapeutische Gemeinschaft** nach dem Windhorse-Prinzip umfasst die individuellen Haushalte der Patientinnen und Patienten sowie die Haushalte des therapeutischen Personals. Unter wesentlicher Mitarbeit von Podvoll entstand 1981 eine erste solche Gemeinschaft in Boulder, Colorado. Weitere Gründungen gab es 1989 in Halifax, Nova Scotia, Canada und 1992 in Northampton, Massachusetts. Seit 1994 existiert eine Windhorse-Gruppe in Wien (vgl. KAUFMANN 1996 und Anhang L. zu aktuellen Windhorse-Projekten). Die im Windhorse-Modell verwandten Vorstellungen über Psychosen gründen im Wesentlichen auf dem Hauptwerk ›Verlockung des Wahnsinns‹ von PODVOLL (1994).³ Anhand von vier Auto-

-
- 1 »Windhorse ist ein mythisches Pferd der Shambala-Tradition, das in den Himmel emporsteigt, bekannt in ganz Asien. Es ist das Bild für die Energie und Bemühung eines Menschen, sich selbst zu höheren Zuständen zu erheben. Windpferd (windhorse, tibetisch lung.ta) ist eine Energie des Körpers und der Seele, die zur Heilung einer Krankheit oder Überwindung einer Depression aufgerufen werden kann. Eine kleine Fahne mit diesem Windpferd flattert normalerweise vor den Häusern der Dörfer in Tibet, Nepal und Nordindien und erzählt dem Wanderer, dass sich in diesen Häusern Himmel und Erde vereinigen.« (PODVOLL 1994, S. 286 f.)
 - 2 Nicht im Zusammenhang mit Quellen stehende Informationen und Aussagen entstammen meiner Mitschrift von einem Windhorse-Workshop, welcher vom 27. bis 28.2.1998 in Hamburg stattfand und von J. FORTUNA (vgl. 1995), dem derzeitigen Executive Director der Windhorse Gesellschaft, geleitet wurde.
 - 3 Podvoll absolvierte seine psychoanalytische Ausbildung bei O. Will (vgl. GUNDERSON, WILL et MOSHER 1983) und H. Searles am Institut ›Chestnut Lodge‹, Nähe Washington, USA, welches durch FROMM-REICHMANN (vgl. 1939, 1948) bekannt wurde. Weitere Inspirationen erhielt er von TRUNGPA (1988), einem tibetischen Gelehrten und Meditationsmeister, aus mehreren Studienaufenthalten im Reservat der nordamerikanischen Lakota-Sioux-Indianer, aus Schamanenüberlieferungen, aus praktischer und theoretischer Beschäftigung mit

biografien von Männern mit psychotischen Erfahrungen⁴ entwirft Podvoll eine »Mikro-psychologie« (a. a. O. S. 19) der Psychose, die für ihn universelle Gültigkeit hat.

IV. 1. Die Entstehung von Psychosen⁵

Eine Psychose entsteht laut Podvoll dann, wenn ein »Cocktail« verschiedener Faktoren zu einem Ungleichgewicht im Hirnstoffwechsel eines Menschen führt (vgl. Abb. 11, nächste Seite).

Zum Faktor »**Grenzsituation**« zählen solche Situationen, in denen das Lebensgefühl oder die Identität eines Menschen in Frage gestellt werden, zum Beispiel Trennungssituationen.

»Mehr Männer, Frauen und vor allem Jugendliche sind infolge unglücklicher Liebesbeziehungen wahnsinnig geworden als durch Gifte, defekte Gene oder andere Störungen zusammengenommen.« (a. a. O. S. 225)

»Niemand wird verrückt, ohne dass er vorher mit einer unerträglichen Situation konfrontiert ist. Es handelt sich dabei immer um zwei kollidierende Strömungen. Die eine besteht aus den persönlichen Eigenschaften des Betreffenden, seinen Gewohnheiten, Neigungen, Verteidigungsmechanismen, Wünschen, Hoffnungen und Ängsten, die mit dem Vorzeichen einer Neurose oder einer gesunden Psyche versehen sein können. (...) Da aber ein solcher Charakter sich in seiner Umgebung auswirkt, pflegen sich entsprechende Situationen zu entwickeln und zu »reifen«, so wie unbezahlte Rechnungen irgendwann fällig werden. Die zweite Strömung ist daher die Macht der Umstände, die den Charakter mit seinen Auswirkungen konfrontieren. Und diese Konfrontation kann zu explosiven Reaktionen führen.« (a. a. O. S. 133)

Der Faktor »**Intention**« beschreibt den Wunsch, ein anderer Mensch zu sein. Dieser Wunsch kann in einem Menschen schon seit frühester Kindheit angelegt sein. Podvoll spricht auch von einem »Drang zur Transformation« (a. a. O. S. 227), und meint damit ein ständiges Bedürfnis danach, die eigene Persönlichkeit zu verändern.

Der Faktor »**Aktivität**« beschreibt Arbeiten oder Tätigkeiten, die Menschen in einen be-

buddhistischer Psychologie und nicht zuletzt aus Kontakten mit M. Jones (vgl. PODVOLL 1994, S. 87 u. S. 392; JONES 1956, 1976). »Diese Verbindung verschiedener Heilansätze trägt auch dazu bei, ein Licht auf das Wesen geistiger Gesundheit überhaupt zu werfen. Sie macht die Universalität der Erfahrungen bewusst, die einer Heilung geistiger und seelischer Erkrankungen zugrunde liegen.« (PODVOLL 1994, S. 19)

- 4 John Perceval, John Custance, Donald Crowhurst sowie der Dichter und Maler Henri Michaux, der seine Psychosen in zahlreichen Selbstexperimenten durch den Gebrauch von Meskalin auslöste.
- 5 Die Beschreibung des Psychose-Modells nimmt einige Seiten in Anspruch. Dies geschieht zum einen, weil dieses Modell in der deutschsprachigen Literatur bislang kaum vertreten ist. Zum anderen vertritt Podvoll die folgenden Thesen: »Es ist erforderlich, sich direkt und sehr präzise auf die sich im Kranken abspielenden geistigen und seelischen Ereignisse einzulassen, auch wenn sie sich zunächst sehr bizarr ausnehmen mögen. Tut man das nicht, so wird der Patient noch tiefer in den Wahnsinn hineingetrieben.« (PODVOLL 1994, S. 14) »Je mehr wir über seine seelischen Leiden wissen und uns mit dem Problem der menschlichen Geschwindigkeit auseinander setzen, desto besser können wir ihm helfen.« (a. a. O. S. 218)

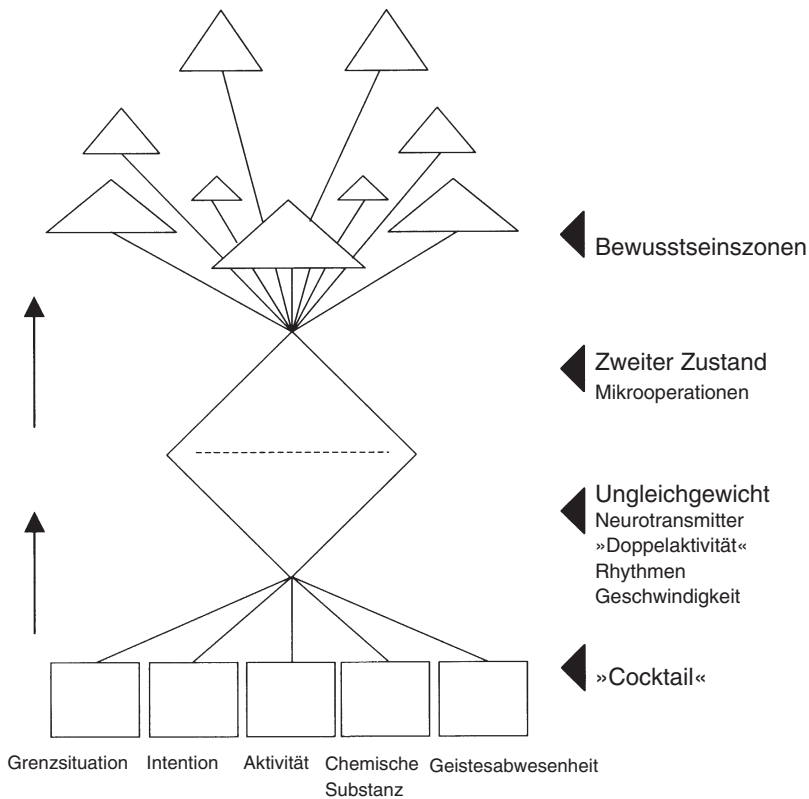
Podvolls Psychosenmodell

Abb. 11 aus PODVOLL (1994, S. 226)

sonderen körperlichen und geistigen Zustand versetzen können: Das Anknüpfen gegen Hunger und Schlaf, automatisches Schreiben, ununterbrochenes Wandern, schnelles, unaufhörliches Sprechen, das Einhalten eines Schweigegelöbnisses.

»Manche starren die ganze Nacht in eine Kerze oder Straßenlaterne. (...) All dies sind Bemühungen, irgend etwas Neues hervorzubringen, einen bestimmten Ausgang zu erzwingen und eine Transformationserfahrung zu erzeugen.« (a. a. O. S. 228)

Der Faktor ›**Substanz**‹ bezieht sich auf chemische Substanzen, die eine angestrebte Transformation beschleunigen können: Alkohol, Marihuana, große Mengen an Kaffee oder Nikotin, Psychopharmaka in toxischen Dosen.

Als Geistesgegenwart meint Podvoll die Fähigkeit, die Wirklichkeit wahrzunehmen und direkten Kontakt mit ihr aufzunehmen. Der Faktor ›**Geistesabwesenheit**‹ beinhaltet demgegenüber, diesen Kontakt und Sinn für Realitäten durch »Inversion und Perversion der Geistesgegenwart« (a. a. O. S. 229) zu verlieren. Eine zerstörerische Form der Geistesabwesenheit ist für Podvoll der Autismus.

Meist wirken alle fünf Faktoren in individuell unterschiedlichen Vermischungen bei der Erzeugung einer Psychose zusammen. Durch den gesamten Cocktail oder einzelne sei-

ner Bestandteile wird eine traumatisierende Wirkung auf die physiologischen Abläufe und den chemischen Haushalt der Betroffenen ausgelöst. Das Zusammenspiel der natürlich vorkommenden und sich normalerweise in einem Gleichgewicht befindenden Neurotransmitter,⁶ wird in einer Art und Weise gestört, wie dies auch Halluzinogene, zum Beispiel LSD oder Psilocybin, bewirken können. Obwohl man noch zu wenig über die Funktionsweise der Neurotransmitter weiß, gibt es viele Hinweise darauf, dass sie in erster Linie als Taktgeber des Gehirns arbeiten.

»Man hat beobachtet, dass die Rhythmen von Gehirnwellen in ›Aktivitätszyklen‹ bestehen. Manche von ihnen, die ›zirkadischen Rhythmen‹, beziehen sich auf den Wechsel von Tag und Nacht, Helligkeit und Dunkel. Andere Rhythmen sind mit dem Ablauf der Jahreszeiten verknüpft. Wieder andere vollziehen sich im Stunden-, Minuten-, Sekunden-, ja Mikrosekundentakt. Man vermutet nun, dass viele dieser Zyklen vom periodischen ›Puls‹ der Neurotransmittersubstanzen (...) in Gang gehalten werden, also durch anscheinend unendlich komplexe Feedback-Koppelungen und Selbstregulierungsmechanismen.« (a. a. O. S. 240 f.)

Ein Eindringen eines Halluzinogens oder ein entsprechender ›Cocktail‹ auslösender Faktoren kann die inneren, unbewussten Körperrhythmen so verändern, dass bisher inaktive Rhythmen auftreten und bestehende Rhythmen überlagern und beeinflussen. Das normale Rhythmussystem gerät aus den Fugen und führt letztlich zu einer **Beschleunigung des Denkens**.

»Neue, schneller pulsierende ›Neuroschrittmacher‹ werden dominant. Sie sind es, denen das Denken jetzt gehorchen muss. Der normale ›Strom der Gedanken‹, der ›Fluss‹ der Ideen, Vorstellungen, Bilder, Erscheinungen, Tagträume wird durch dem Organismus bisher unbekannte Rhythmen unterbrochen. Diese neuen Wellen mit ihren ›sturmartigen‹ Frequenzen überrennen die normalen Frequenzen und ›erschließen‹ sich das Nervensystem für Geschwindigkeiten, die bis dahin nur latent wirksam gewesen waren.« (a. a. O. S. 241)

IV. 2. Der Ablauf und die Inhalte einer Psychose

Ein von solchen Wellen mitgenommener Mensch verliert die bewusste Herrschaft über seinen Verstand und sein Denken und tritt in den ›**Zweiten Zustand**‹⁷ ein, den Podvoll als die gemeinsame **Ausgangsbasis aller psychotischen Störungen** ansieht.

»Es ist ihm nicht mehr möglich, bewusst Halt zu machen oder aufzubrechen. Eine Art Trägheitssystem, ein Beharrungswiderstand hat sich aufgelöst, wodurch der Mensch

6 Schätzungen gehen von rund 200 Transmittern aus. Vom Neurotransmitter Dopamin wird angenommen, dass er eine besondere Rolle im Zusammenspiel der Hormone hat. Tritt er zum Beispiel bei einem cocktailbedingten Ungleichgewicht oder im Falle einer Überdosierung bei Parkinson-Patientinnen und -Patienten in hohen Dosen auf, trägt er zum Ausbruch einer Psychose bei (vgl. PODVOLL 1994, S. 232 ff.). Der Einfluss von antidopaminerg wirkenden Neuroleptika auf das psychotische Geschehen kann mit diesem Modell erklärt werden.

7 Dieser Ausdruck stammt ursprünglich von MICHAUX (1971).

die Maschine nicht mehr in der Gewalt hat. Er tritt in eine Schockzone ein, (...) den ›zweiten Zustand‹ (...).« (a. a. O. S. 185 ff.)⁸

In diesem ›zweiten Zustand‹ verliert der Mensch alles, was ihm bisher Halt und Sicherheit gegeben hat. Er verliert seine Identität und muss um sein inneres Überleben kämpfen. »Er muss lernen, anders zu funktionieren. In gewissem Sinne ist ein Mensch im ›zweiten Zustand‹ ein ›verwundeter Mensch‹.« (a. a. O. S. 189) Der ›zweite Zustand‹ ist aus phylogenetischer Sicht die natürliche, archaische Grundlage des Denkens und im Nervensystem verankert. Er ist in der Regel neutral und immer funktionsbereit, wird jedoch nur unter ungewöhnlichen Umständen und Bedingungen direkt aktiv. Eine Verbindung zu ursprünglichen Formen des Bewusstseins gepaart mit einer Empfindung,

»(...) sich in innigem Einklang mit dem Urstoff des Alls zu befinden, kann so überwältigend werden, dass die von ihr Erfüllten wie selbstverständlich behaupten, sie seien Jesus Christus oder Gott selbst oder wie das Wesen sonst heißen mag, das sie als Ursprung aller Macht anzusehen gelernt haben« (a. a. O. S. 112 f.)⁹

Für Podvoll ist der ›zweite Zustand‹ ein »Scharnier« (a. a. O. S. 177) zwischen Körper und Geist, welches im Falle einer Psychose zu einer **Desynchronisation von Körper und Geist** führt. Diese Desynchronisation resultiert aus einer Konzentration des Menschen auf innere Bewusstseinsprozesse, wodurch das Bewusstsein der eigenen Identität vom physischen Körper abgetrennt wird, und das Gleichgewicht im Austausch mit der Umwelt verloren geht.

Aufgrund der Beschleunigung werden weitere mentale Mechanismen freigesetzt, welche das Denken völlig entwurzeln. Podvoll bezeichnet diese Mechanismen als **Mikrooperationen**.

»Der ›zweite Zustand‹ enthält (...) alle Keime, aus denen die verschiedenen Phänomene des Wahnsinns ungehemmt hervorwuchern können. Die Mikrooperationen sind diese Keime.« (a. a. O. S. 199)

Diese im Innern des Menschen angelegten Mikrooperationen sind dem normalen Bewusstsein entzogen und stehen der Welt der Teilchenphysik näher als der Welt der Psychologie.

»Die Mikrooperationen sind weder gut noch schlecht, normal oder verrückt. Sie sind einfach die elementaren Bausteine unseres ›Makrodenkens‹, so des Urteilens, des im Gedächtnis Behaltens, der konsequenten Logik, der Vorstellungskraft. Ohne sie sind wir nicht in der Lage zu denken. Und doch können sie zum Problem werden, zu einem enormen Problem, wenn sich ein Mensch nicht richtig auf sie einstellt.« (a. a. O. S. 203) »Es kann sich dann so anfühlen, als ob die Mikrooperationen das Bewusstsein aufschlitzen. In gigantischen, rasiermesserscharfen Zs kommen ihre Wellen heran, zertrennen, zerschneiden, zerreißen alles und enthüllen die unter der Decke liegenden Molekularstrukturen (...).« (a. a. O. S. 201)

Die **Mikrooperationen** sind (vgl. a. a. O. S. 199 ff.): *Geschwindigkeit, beschleunigtes Den-*

8 Podvoll weist darauf hin, dass der ›zweite Zustand‹ auch durch rein somatisch bedingte Beeinträchtigungen des Nervensystems ausgelöst werden kann, zum Beispiel durch Entzündungen des Gehirns, epileptische Störungen, Kopfverletzungen, Tumoren und andere somatische Erkrankungen (vgl. PODVOLL 1994, S. 190 f.).

9 In Anlehnung an CUSTANCE, J.: Weisheit und Wahn. Rascher, Zürich, 1954

ken, irrsinnig beschleunigtes, repetitives und multiplikatorisches Denken, Gedanke und Bild [»Diese Verbindung bildet den Baustein für gewöhnliche ›Imaginationen‹, aber auch für Halluzinationen.« (a. a. O. S. 205)],¹⁰ *Innen oder Außen* [»im eigenen Kopf oder in der Außenwelt« (a. a. O. S. 206)],¹¹ *Gegensätzlichkeit* [»Gegensätze im ›zweiten Zustand‹ sind endlose, durchs Gehirn jagende Gedankenketten, die in subatomarer Polarität gemeinsam mit ihren Negativen, ihren Anti-Gedanken, an die sie gekoppelt sind, auftreten« (a. a. O. S. 206)], *infernalische Belebung* [»In gewissem Sinne ist diese Mikrooperation nichts anderes als die Neigung des Menschen zu ›personifizieren‹, Dinge mit Leben auszustatten.« (a. a. O. S. 207)],¹² *perverse Impulse* [»Der Überfallene kämpft mit aller Macht gegen unnatürliche Impulse an, die sein Bewusstsein bestürmen. (...) Alle moralisch verwerflichen Impulse, die er bisher bekämpft hatte, fordern nun unverschämt ihre Rechte.« (a. a. O. S. 208)], *die Ichs* [»Die Ichs kommen und gehen. Sie sind sehr real, Visionen neuer Identitäten, zum Teil ganze Ketten.« (a. a. O. S. 209)], das *Gefühl der Gewissheit* [»Die Intensivierung von Gedankenbildern im Verein mit der ›Aktualität‹, die den meisten Sineseeindrücken eigen ist, gibt den Mentalbildern eine Art von Überwirklichkeit.« (a. a. O. S. 209)], *zwei Orte auf einmal* [»Es ist unser Hang, unsere Gewohnheit, uns anderswo aufzuhalten, zum Beispiel in einem Tagtraum, während wir gleichzeitig versuchen, hier zu sein. (...) Im ›zweiten Zustand‹ wird diese Neigung wiederum bis zur Katastrophensituation verstärkt.« (a. a. O. S. 210)], *Neuorientierung* [»Wer sich im ›zweiten Zustand‹ befindet, wird sich dabei ertappen, wie er unaufhörlich Mikroorientierungen vornimmt. Er versucht, seinen inneren Standort zu bestimmen, sich an ihn zu erinnern, ihn zu fixieren und festzumachen, ihn vorherzusagen, ihn immer wieder zu erobern – und das viele Male pro Minute.« (a.a.O. S. 211)], *Wachzone*. Diese **Wachzone** ist eine Funktion der Intelligenz, ein »unbestechlicher Beobachter« (in Anlehnung an H. Michaux, a.a.O. S. 212), eine Fähigkeit auch im größten emotionalen Durcheinander die eigenen Gedanken und Gefühle mit »unglaublicher Klarheit und Genauigkeit« (KAUFMANN 1996, S. 835) zu registrieren. Diese Lichtblicke entspringen der tiefsten Schicht gesunden Verstandes, die unter den Wirbeln des psychotischen Geschehens fortbesteht. Ein Mensch, der diese Wachzonen erlebt, empfindet sie als den eigentlichen

»(...) Kern seiner Existenz und als Moment von ›spiritueller‹ Bedeutung, der dem Leben eine andere Richtung gibt. (...) Hier wirkt die Fähigkeit, alles, was sich im Bewusstsein ereignet, seinem Wesen nach zu erkennen, sei es gesund, sei es krank« (PODVOLL 1994, S. 213).

Von den Mikrooperationen getrieben, läuft im ›zweiten Zustand‹ jeder Mensch Gefahr, einem archetypischen Kreislauf unterworfen zu sein, dem **Teufelskreis des Verrückt-**

10 Diese Halluzinationen können zum Beispiel von manischem Überschwang oder depressiver Furcht, hässlichen Vorstellungen, Schuld, Selbstverachtung oder Gleichgültigkeit geleitet sein (vgl. a. a. O. S. 124).

11 Bei einer kritischen Geschwindigkeit des Denkens tritt ein Stadium der Verschmelzung der Elemente ein, in welchem die Projektionen zu leben scheinen (vgl. a. a. O. S. 112). Ein psychotischer Mensch kann zum Beispiel von einem Körperteil, einem wirklichen oder vorgestellten Gegenstand vollständig absorbiert werden und stundenlang vor sich hinstarren (vgl. a. a. O. S. 244 f.).

12 Aufgrund dieser Mikrooperation entstehen imaginäre, unheimliche Wesen, Geister, Ungeheuer, Monster etc.

Werdens (vgl. Abb. 12). Für Podvoll gibt es einen genetischen Zyklus jeder Psychose. Beinahe alle Eigenschaften dieses Kreislaufs werden von psychotischen Menschen erlebt.

»Es sind Erfahrungen, die wie die Glieder einer Kette ineinander greifen und am Ende zum Anfang zurückkehren. Der gesamte Zyklus lässt sich als Gang durch sechs voneinander zu unterscheidende Bewusstseinszustände charakterisieren, deren jeder durch eine vorherrschende Emotion und eine typisch gefärbte Weltsicht gekennzeichnet ist. (...) In jedem gewöhnlichen Leben bilden sie Durchgangsstationen, in denen der Mensch kürzere oder längere Zeit verweilt. Bei bestimmten, hochgradig neurotischen Menschen z. B. lässt sich das eine oder andere dieser ›Reiche‹ in intensivierter Form deutlich beobachten. Doch bei einer voll entwickelten Psychose sind die Erfahrungen dieser Reiche aufs Äußerste gesteigert und ineinander verwoben, sodass sie in ihrer Gesamtheit das qualvolle Erlebnis der Geisteskrankheit hervorrufen. Die Antriebsenergie, die den Übergang vom einen, allmählich eskalierenden ›Reich‹ zum nächstfolgenden ermöglicht, ist die Hoffnung, irgendwo zu spiritueller Erfüllung zu gelangen.« (a. a. O. S. 49 f.)¹³

Der Teufelskreis des Verrückt-Werdens

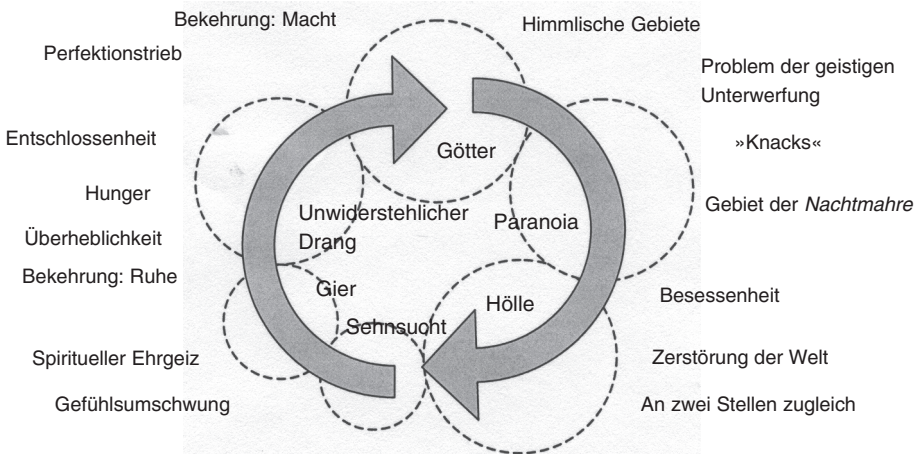


Abb. 12 aus PODVOLL (1994, S. 50)

Treibende Kraft in diesem Zyklus ist ein Drang zu spiritueller Transformation. Ursache dieser Transformation ist für Podvoll eine **Todessehnsucht**, die in jeder Psychose auch in den Tod führen kann. **Hauptursache** jeder Psychose ist somit eine **fundamentale Selbstaggression**.

¹³ Die sechs ›Reiche‹ (Sehnsucht, Gier, unwiderstehlicher Drang, Götter, Paranoia, Hölle) werden hier aus Kapazitätsgründen nicht weiter dargestellt. Ihre Erwähnung möge als grobe Struktur der Vorstellungen Podvolls reichen. Die in der Abbildung außen gedruckten Phasen, z. B. ›Hunger‹ oder ›Knacks‹, entstammen dem Ablauf der Psychosen von John Perceval.

»Der Tod wirkt als geheimnisvolle Unterströmung im Streben nach Lust und Freiheit, das der psychotischen Transformation zugrunde liegt. Daher verlangt diese den Tod und die schließliche Freiheit vom Körper, von allen Bindungen an die Welt und von der Fessel der Gedanken.« (a. a. O. S. 161)

Der Transformationsdrang ist ein Teil der »heiligen Kräfte der Allnatur« (a. a. O. S. 161) und kämpft gegen die »erbärmliche menschliche Natur« (a. a. O. S. 161). Austragungsort dieses Kampfes sind die irdischen Ausdrucksformen des betroffenen Menschen, zum Beispiel sein Körper und seine Sprache.

»Auch das psychotische Zwiegespräch des Menschen mit seiner Umgebung und überhaupt das Verhältnis zu ihr kann zum Vehikel des Drangs zur Transformation werden. Die Sprache des psychotischen Menschen, seine Wahrnehmungen und seine Sinndeutungen geben alle ein und denselben fundamentalen und autoaggressiven Behauptung Ausdruck: dass er eigentlich jemand anderes oder irgendwo anders ist. (...) Die Sprache steht sozusagen unter Druck, was darauf hinweist, dass etwas für den Sprecher unglaublich Wichtiges passiert. (...) Psychotische Sprache, sei sie innerlich oder äußerlich, privat oder öffentlich, richtet sich immer an »andere«. Der Sprecher fühlt sich als »Auserwählter«, also zur Äußerung, ja sogar zur Predigt verpflichtet – manchmal auch zum Schweigen.« (a. a. O. S. 162)

Der »zweite Zustand« ist weiterhin die unmittelbare Vorstufe des **manischen Bewusstseins** (vgl. Abb. 11), welches sich in weitere Bewusstseinszonen ausdifferenzieren kann, zum Beispiel in ein manisch-depressives oder ein größenwahnsinniges Bewusstsein. Anhand der Manie von J. Custance (a. a. O. S. 95 ff.) beschreibt Podvoll, »wie die archetypischen Kräfte bei einer »Verschiebung der Bewusstseinschwelle nach dem Unbewussten hin« aus dem Unbewussten freikommen« (a. a. O. S. 100 f.).¹⁴ Aus diesem Grund stehen Träume und Manie in einem engen Zusammenhang. Das manische Bewusstsein nutzt die Mechanismen des Träumens derart, dass Traumzustände bei voller Wachheit des Bewusstseins mobilisiert werden.

Vereinfacht lässt sich die psychotische Kettenreaktion zusammenfassen als eine durch die Wirkung des Ungleichgewichts bedingte Neigung zur Trance, gefolgt von einer Tendenz zur Bindung an ein Wahnsystem als Ausdruck der Anziehungskraft des »zweiten Zustands«, gefolgt von einer Übersteigerung des Ichs in Form des manischen Bewusstseins. »Die Tendenz, sich an Gedanken und Emotionen zu binden und sich mit ihnen zu identifizieren, ist die Wurzel der psychotischen Kettenreaktion.« (a. a. O. S. 311)

IV. 3. Therapeutische Chancen

Das einzig Beständige am »zweiten Zustand« und seinen Folgen ist die zuvor beschriebene Unbeständigkeit des sich ständig wiederholenden Teufelskreises. Wenn ein psychotischer Mensch diesen Kreislauf erkennt, besitzt er einen wichtigen Schutzfaktor gegen den Wahnsinn.

»Die Grundwahrheit, dass alles im Leben vergeht und verfällt, wird im »zweiten Zustand« mit furchtbarer Deutlichkeit zu Gehör gebracht. Wenn diese Wahrheit behin-

14 In Anlehnung an ein Zitat von C. G. Jung.

dert, gelehnet oder unterdrückt wird, entstehen enorme psychische Spannungen und eine erneute Eskalation der geistigen Störung.« (a. a. O. S. 216)

Das Endresultat einer solchen, negativen Entwicklung ist ein totales Abschotten des Individuums von der Außenwelt und eine Chronifizierung der Psychose. Podvoll spricht von der resignativen Phase der Psychose, in der »sich viele endgültig gehen lassen und ›auf der anderen Seite‹ der Wirklichkeit leben und leben wollen« (a. a. O. S. 217). Ein Erkennen und Durchbrechen des psychotischen Kreislaufs ist nur möglich, wenn ein psychotischer Mensch die zuvor beschriebenen Wachzonen, auch »**Inseln der Klarheit**« genannt, nutzt.

»Es tritt immer ein Augenblick im Chaos des Wahnsinns auf, wo der Kranke plötzlich wieder einen Sinn im Leben sieht. Er hat das Gefühl, zu sich zurückgefunden zu haben. (...) Eine Insel der Klarheit hat sich gebildet, auf der der Betreffende plötzlich von den Fixierungen des Wahns befreit ist. Manche beschreiben das als starke, fast körperlich spürbare Empfindung, ähnlich einem ›Einrasten‹. (...) Manchmal ist es nur eine flüchtige Erfahrung, manchmal hält sie an. Doch wie kurz diese Momente einer beginnenden Genesung auch sein mögen – es sind universelle Erfahrungen, nur dass natürlich jeder Psychotiker sie auf seine Art erlebt und auf sie reagiert. Spontane Lichtblicke treten während der ganzen Dauer einer Psychose auf. Im Allgemeinen werden sie als Momente einer neuen ›Frische‹ des Bewusstseins oder einer Lösung übergroßer Spannung erlebt.« (a. a. O. S. 267 f.)

In diesen klaren Phasen ist ein Mensch auch fähig zu lernen, Dinge in einem neuen Licht zu sehen, und er ist offen für positive zwischenmenschliche Beziehungen (vgl. a. a. O. S. 53 f.). Diese »Inseln der Klarheit« sind der **Ausgangspunkt jeglicher Gesundung**. Da sie universell existieren, besitzt jeder Mensch die Fähigkeit, sich von einer Psychose zu heilen.

»Letzten Endes hat dieses Buch kein anderes Ziel, als zu schildern, wie solche »Inseln der Klarheit« bemerkt – und sorgfältig »gepflegt« werden können. Denn auf diese Weise können und konnten Psychosen vollständig geheilt werden, ohne dass man aggressive oder für den Körper schädliche Therapien anwenden müsste.« (a. a. O. S. 14)

Die »Inseln der Klarheit« sind allerdings erst die erste Stufe eines mühsamen Gesundungsprozesses. Es bedarf immer wieder der Entscheidungen für ein Zurückkehren in die Realität und gegen die Sogwirkung des Wahnsinns.

»Solange der psychotische Mensch nicht von sich aus die eigentlichen Ursachen der unkontrolliert auf ihn einströmenden, ins Gigantische anschwellenden mentalen Impulse erkennt, die ihn aus dem Gleichgewicht zu werfen und zu überwältigen drohen, wird er immer wieder dem Kreislauf aus Verführung, Verwirrung und Verzweiflung zum Opfer fallen.« (a. a. O. S. 169)

Ein Gesundungsprozess erfordert weitere **Entwicklungsschritte** (vgl. a. a. O. S. 58 ff.). Jeder Schritt bedeutet eine Einsicht in das Wesen der eigenen Psychose und dient dazu, dass neue Bewusstseinsstrukturen gebildet oder vorhandene reaktiviert werden, um die Kontrolle über das eigene Denken wiederzuerlangen. Da ein psychotisches Bewusstsein die Fähigkeit zu zweifeln verloren hat, muss sich der oder die Betroffene der im menschlichen Geist vorhandenen, »angeborenen Tendenz der Distanzierung von Täuschung und Wahn« (KAUFMANN 1996, S. 838) anvertrauen. Er oder sie muss **Zweifel am Wahnsystem** hegen, Widersprüche in ihm aufdecken oder dessen falsche Versprechungen bloßstellen.

Selbstdisziplin und eigene Anstrengungen sind nötig, um sich zum Beispiel auf Einzelheiten der physischen Welt zu konzentrieren, Zweifeln nachzugehen und Wahnhalte einer Realitätsprüfung zu unterziehen. In Form von **Selbstbeobachtungen** und Forschungen, wann und in welchen Situationen sich welche Wahnvorstellungen oder Wachzonen einstellen, kann ein psychotisch veränderter Mensch eigene Entstehungsmuster des Wahns entdecken, er kann zu Einsichten in akustische oder optische Täuschungsmanöver gelangen, die die psychotische Wahrnehmung erzeugt.

»Jeder Mensch, der aus einem Nachtraum, einem Tagtraum oder auch aus einem Augenblick der Geistesabwesenheit erwacht, ›kommt zu sich‹. Gewöhnlich ist das eine plötzliche Ausdehnung des Bewusstseins in die Außenwelt hinein. Diese Art des ›Bewusstseins von der Außenwelt‹ versuchte jetzt Perceval in sich zu kultivieren. Er erforschte den entsprechenden Vorgang in sich selbst (...).« (PODVOLL 1994, S. 66)

»Der Kranke tastet umher, zieht sich unversehens zurück, zögert, bewegt sich unentschlossen hin und her, kurz, er verhält sich nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum.« (a. a. O. S. 267)

Es braucht weiterhin einer gehörigen Portion **Mut**, seinen Zweifeln zu trauen, das Wahnsystem aufzugeben, sich auf Menschen zu verlassen und wieder der Realität zu stellen. Um zu einer »Meisterung der mentalen Geschwindigkeit« (a. a. O. S. 217) zu gelangen, muss sich der oder die Betroffene auch bewusst **Ruhe** gönnen, um sich im Anstemmen gegen die Psychose nicht zu erschöpfen. Die genannten Entwicklungsschritte setzen zudem voraus, dass der betroffene Mensch mit all seinen Schwierigkeiten und negativen Seiten zu einer **Selbstannahme** fähig ist. Da die innere Welt eines psychotischen Menschen jedoch meist stark von Aggressionen bestimmt ist, kostet es ihn oder ihr etliche Anstrengungen, eine für eine Gesundung wichtige, schonende Einstellung gegenüber sich selbst zu erlernen (vgl. PODVOLL 1994, S. 317).

»Gerade dieses Annehmen seiner selbst und der Wunsch, für sich selbst zu sorgen, fehlen leider dem Menschen, der auf der Schwelle zum Wahnsinn steht, in der Regel. Viel wahrscheinlicher ist, dass so jemand sich selbst autoaggressiv misshandelt. Aus diesem Grund haben wir (...) so viel Wert auf die schmerzhaften Details der Bewusstseinsvorgänge im Kranken gelegt: Wir wollten in ihm die Liebe zu sich selbst und die Liebe anderer zu ihm erwecken. Er leidet außerordentlich. Es ist von Außenstehenden immer noch nicht genügend erkannt und gewürdigt worden, welche Qualen er tatsächlich durchmachen muss – ja noch nicht einmal von dem Betroffenen selbst.« (a. a. O. S. 217 f.)

Gerade der Beginn einer Psychose ist eine hoch sensible Phase mit starken Schwankungen zwischen Klarheit und Verwirrung.¹⁵ In einem psychotischen Menschen gibt es ein ständiges **Wechselspiel** zwischen den Mächten der Psychose und den Kräften des eigenen, nicht-psychotischen Bewusstseins. Wenn die Wahnwelt zunehmend an Einfluss verliert, entstehen vermehrt Unterbrechungen in der »Wahnfilmproduktion« (KAUFMANN 1996, S. 838).

»Im Stadium einer beginnenden Psychose oder bei ihrer ständigen Wiederkehr hat der Betroffene unzählige Male das Erlebnis des spontanen Erwachens (...). Wird dieser

15 In einer geduldigen und freundschaftlichen Umgebung kann eine Psychose auch rasch wieder in sich zusammenbrechen (vgl. a. a. O. S. 198).

Tatsache in einer stabilen therapeutischen Beziehung Rechnung getragen, so können sich Heiler und Patient offen darüber verständigen. Mögen auch diese kleinen Inseln der Wachheit schnell wieder überflutet werden – sie häufen sich doch allmählich und bilden eine kontinuierliche Kette, sodass eine echte, gesunde Beziehung neben oder jenseits der Wahnerlebnisse möglich wird. Und schließlich wird sich der Kranke von den reichen Möglichkeiten einer bewusst erlebten, realen Beziehung vielleicht mehr angezogen fühlen als von der Welt des Wahns und sich neu orientieren.« (PODVOLL 1994, S. 166 f.)

Ausdrücke des Zweifels sind Augenblicke im Prozess des Distanzierens vom Wahn und müssen als solche ernst genommen werden. Dies führt zu einer Unterbrechung im automatischen Ablauf der Transformation und die im jeweiligen Transformationszustand gemachten Erfahrungen sind dann nur von temporärer Dauer. Heilung ist somit weder ein definierter Augenblick noch eine klar zu überschreitende Grenze.

»Krankheit und Gesundheit laufen parallel. Ungezügelter Denken und Klarheit des Verstandes existieren Seite an Seite. Spontane Einsichten über den Weg zur Heilung können sich als verborgene Botschaften mitten im Strudel des Wahns kundtun. Entweder werden sie dann ernst genommen, oder sie verschwinden unbeachtet wieder.« (a. a. O. S. 57)

Die Zeit nach einer akuten Psychose ist, unabhängig von ihrer Dauer, durch eine **extreme Verletzbarkeit** gekennzeichnet. Die Mikrooperationen sind zwar nicht mehr dominant, behalten aber ihre schwelende Wirkung bei.

»Noch Monate nach einer Befreiung von Wahnvorstellungen oder ›Einbrüchen‹ einer anderen Wirklichkeit kann der Patient Bewusstseinsveränderungen in Form von Faszinationen und Obsessionen erleben. Ein einziges Wort vermag so etwas auszulösen, besonders ein barsches, vorwurfsvolles Wort.« (a. a. O. S. 269)

Wenn sich ein Patient oder eine Patientin ein Stück von der Psychose gelöst hat, sollte er oder sie sich um eine **Stabilisierung des Denkens** bemühen. Nützlich sind beispielsweise Denkübungen, die die Geschwindigkeit des Denkens verlangsamen, und die »mächtigen alten Gewohnheiten der Bindung und darauf folgenden Trance« (a. a. O. S. 312; vgl. IV. 4.) schwächen. Ein von Psychosen bedrohter Mensch kann und muss ausgehend von eigenen Erfahrungen aus entrückten Zuständen selbst lernen, wie er am besten für sich sorgt. Er ist erst dann ein von Psychosen geheilter Mensch, wenn es ihm dauerhaft gelingt, Psychosefallen zu meiden und zu einem reiferen Umgang mit sich selbst und seiner Mitwelt zu gelangen. Er muss bemerken, wenn sich der Geist verliert, um dann schnell zurückzufinden. Er darf nie vergessen, gesund bleiben zu wollen. Heilung geschieht nicht von selbst.

»Letzten Endes hängt die Heilung eines Psychotikers davon ab, welche Bereitschaft und Fähigkeit er besitzt, sich auf die detaillierte Erkundung seines eigenen Geisteszustandes einzulassen, und zwar aus eigenem Antrieb und ganz auf sich allein gestellt.« (PODVOLL 1994, S. 169)

Eine psychotische Krise ist zerstörerisch, wenn die Verwirrung in ein noch größeres Chaos, eine Verletzung oder gar den Tod eskaliert. Der Ausgang wird entscheidend davon beeinflusst, wie dieser Mensch behandelt wird und wie er mit den spontan auftretenden ›Inseln der Klarheit‹ umgeht (vgl. FORTUNA 1995, S. 182).

IV. 4. Der Windhorse-Therapieansatz

In den amerikanischen und kanadischen Windhorse-Gemeinschaften wurden bis Ende Februar 1998 insgesamt 55 Menschen betreut. Eine Person kann dann in das Windhorse-Programm aufgenommen werden, wenn sie nicht selbst- oder fremdgefährdend ist und bedenkenlos alleine Zeit verbringen kann, keine stoffliche Abhängigkeit (z. B. Alkohol) und ein gewisses Interesse an einer Zusammenarbeit besteht (vgl. FORTUNA 1995, S. 174 und Anhang A.).

Therapeutisches Ziel des Windhorse-Programmes ist die **dauerhafte Heilung psychotischer Menschen**. Ausgehend von der Annahme, dass in jedem psychotischen Menschen ein Heilungspotenzial und ein Chronifizierungsrisiko vorhanden sind, bemüht man sich um die Herstellung einer heilungsfördernden, herzlichen und natürlichen Umgebung, die frei von dem Vorurteil sein muss, dass ein an einer Psychose erkrankter Mensch für immer krank bleiben wird.

»Heilung ist nur in einer gesunden Umgebung möglich, einer Umgebung des Mitgefühls und der Achtung vor dem Mitmenschen, wodurch der Kranke die Stufen der Transformation in umgekehrter Richtung betreten kann. Unter anderen Bedingungen ist eine Heilung außerordentlich selten.« (PODVOLL 1994, S. 166)

»Sobald die Teamtherapeuten eine solche Umgebung und Stimmung aufgebaut haben, nimmt die Gesundung ihren Anfang. ›Inseln der Klarheit‹ tauchen auf und bereiten sich aus, der Patient beginnt sich wohl zu fühlen und vertraut langsam darauf, endgültig wiederhergestellt zu werden.« (a. a. O. S. 323)

Eine Therapie beginnt damit, dass jemand, der mit dem Windhorse-Ansatz vertraut ist, sich bereit erklärt, ein maximal achtköpfiges **Team** zusammenzustellen (vgl. IV. 6.). Er oder sie übernimmt die Position des **Teamleiters** bzw. der Teamleiterin und schließt Honorarverträge mit den weiteren Teammitgliedern ab.

Ein **leitender Therapeut** bzw. eine leitende Therapeutin wird ausgesucht, der oder die eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung und Erfahrung in einzeltherapeutischer Behandlung besitzt.

Das Team wird komplettiert durch ein bis zwei Hausgenossen bzw. -genossinnen und sog. **Teamtherapeuten** und -therapeutinnen, welche oft auch »nicht einschlägig vorgebildete Bürgerhelfer« (KAUFMANN 1996, S. 837) sind.

»Es ist durchaus möglich, einem Psychotiker zu helfen, auch ohne dass man die Mechanismen seiner Krankheit bis in alle Einzelheiten kennt, was für einen normalen Menschen auch kaum zu ertragen wäre. Sogar von Kindern und alten Leuten – die kaum eine Ahnung von der Komplexität psychotischer Erlebnisse haben können – weiß man, dass sie durch freundliches, mitfühlendes Eingehen auf die Nöte der Psychotiker deren Los erleichtert haben.« (PODVOLL 1994, S. 169)

Bei der Zusammensetzung eines Teams wird auf eine individuell passende Mischung für die zu betreuende Person geachtet. Die Rolle der ›housemates‹ und der Teamtherapeuten und -therapeutinnen kann nach Absprache mit dem Patienten oder der Patientin auch von Familienangehörigen und anderen nahe stehenden Menschen eingenommen werden (s. IV. 6.).

Innerhalb des Teams bemüht man sich um eine Atmosphäre vertrauensvoller Zusammenarbeit und um ein gegenseitiges Lernen. Man achtet auf die Erhaltung der geistigen Ge-

sundheit aller Beteiligten.¹⁶ Niemand soll sich zu stark emotional verausgaben und auf Dauer innerlich ausbrennen.

»This is not a conventional multidisciplinary group of specialists, such as a psychiatrist, social worker, or nurse, who sometimes consult together about their individual work with a patient. Rather, it is a team that is facilitated by on-site leaders, internally accountable, and whose members are openly responsive to each other and to the task. This type of working team can increasingly be found in the most successful business and political organizations worldwide.« (FORTUNA 1995, S. 177)

Für jeden Psychosekranken wird je nach Schwere des Leidens und den finanziellen Möglichkeiten ein **individuelles Therapiekonzept** zusammengestellt. Die einzelnen Komponenten sind:

1. In einem **therapeutischen Haushalt** wohnt ein Patient oder eine Patientin je nach Befinden entweder allein oder mit ein bis zwei bekannten oder ausgesuchten Teammitgliedern, den sog. ›housemates‹ zusammen. Diese verbringen jeden Tag eine gewisse Zeit mit dem Patienten oder der Patientin beim Kochen, Putzen und anderen Hausarbeiten. Es wird Wert gelegt auf eine klare, einfache und mit Sorgfalt eingerichtete räumliche Umgebung.
 »Die Hausgenossen spielen eine besondere Rolle in dieser Gemeinschaft. (...) Mehr als jedes andere Teammitglied muss ein Hausgenosse auf eigene therapeutische Ambitionen verzichten können. So fasst der Patient leichter Vertrauen zu ihm und gewöhnt sich an ihn, und für den Hausgenossen ist der Patient nicht so sehr ein Kranker als ein Mensch, mit dem er einfach zusammenwohnt.« (PODVOLL 1994, S. 327)
2. Mit dem Begriff **Basisbetreuung** wird im Windhorse-Programm eine besondere Form der therapeutischen Beziehung umschrieben.¹⁷ Ausgeübt wird diese Betreuung vom Teamleiter bzw. der Teamleiterin und den Teamtherapeutinnen und -therapeuten, die jeweils maximal zwei **Schichten** pro Woche übernehmen. Diese Schichten dauern in aller Regel drei Stunden, können je nach Situation aber auch verlängert werden. Die Betreuung zielt auf die **Synchronisation von Geist und Körper** durch Schärfung der Wahrnehmung im gewöhnlichen, konkreten Alltag. Praktische Tätigkeiten wie Einkaufen, Putzen, Gartenarbeit, Essen kochen erden einen Menschen, sind in ihrer Einfachheit und Normalität nur schwer von Irrealem

16 Sehr viele Windhorse-Therapeutinnen und -Therapeuten praktizieren eine besondere Form der Meditation des »Denkens im Denken« (PODVOLL 1994, S. 308). Dieses ›Denken im Denken‹ bildet die Grundlage für ›Bewusstheit‹ und ist ein psychologisches Grundelement aller buddhistischen Lehrsysteme. Ohne diese selbstreflexive Grundfähigkeit des Menschen wäre, so Podvoll, jede Meditation unmöglich (vgl. a. a. O. S. 110).

17 Der englische Begriff ›basic attendance‹ beinhaltet als zentrales Element eine wache Aufmerksamkeit für den anderen sowie ein Verwurzelte sein im eigenen Körper und im Hier und Jetzt. Diese beiden Aspekte werden mit dem deutschen Begriff ›Basisbetreuung‹ nur unzureichend erfasst. »Manfred Bleuler z. B. drückte (...) das Wesen der Basisbetreuung sehr prägnant aus. Es gebe nur drei therapeutische Maßnahmen, sagte er, die wirklich zur Heilung beitragen: Erweiterung des Kreises der Menschen, mit denen die Kranken zu tun haben, Ausdehnung ihres persönlichen Verantwortungsbereiches und Hilfe zur Entspannung.« (PODVOLL 1994, S. 356 f.; vgl. BLEULER, M.: Some Results of Research in Schizophrenia. In: Behavioral Science, Nr. 15, 1970)

beeinflussbar und entbehren intellektuelle Zuspitzungen. Für Podvoll ist eine Synchronisation von Körper und Geist dann erreicht, wenn man sich gleichzeitig seines Körpers, Denkens und Handelns bewusst ist.¹⁸ Das Auftreten von ›Inseln der Klarheit‹ wird durch all das begünstigt, was der Synchronisation von Körper und Geist dienlich ist. Was eine Trennung von Körper und Geist hervorruft oder verstärkt, steht einer Genesung im Wege (vgl. PODVOLL 1994, S. 303). Jemand, der Basisbetreuung leistet, erfüllt je nach Verfassung des zu betreuenden Menschen die Rolle eines Begleiters, Führers, Wächters, Gefährten, Koordinators und zeitweise auch eines Freundes.

»Der springende Punkt dabei ist, dass jemand, der in dieser Einstellung Basisbetreuung praktiziert, lernen kann, wie er mit seinem eigenen Bewusstsein umgehen muss, wodurch ein wechselseitiges Geben und Nehmen möglich wird. Wohl jeder, der einmal Basisbetreuung ausgeübt hat, wird bestätigen, dass seine Fähigkeit, ein guter und verständnisvoller Freund zu sein, dadurch gewachsen ist. Das ist nicht verwunderlich, sind doch die zur Basisbetreuung erforderlichen Eigenschaften einfach die Eigenschaften normaler Menschlichkeit.« (PODVOLL 1994, S. 341)

Diese für eine Basisbetreuung nötigen **Eigenschaften** führt Podvoll im Einzelnen aus:

- »PRÄSENT-SEIN« (a. a. O. S. 342) ist eine Mischung aus Ruhe, Wachheit und Energie. Dieses Präsentsein bedeutet nicht, dass man immer ruhig und gedanklich nur mit dem psychotischen Menschen beschäftigt ist. Man muss Ablenkungen und Abweichungen jedoch wahrnehmen und flexibel genug sein, in die aktuelle Umgebung zurückzukehren.
- »DEN ANDEREN EINLASSEN« (a. a. O. S. 343 f.) beschreibt einen gewollten und bewussten Prozess des Sich-Hineinversetzens in den psychotischen Menschen. »Das Sich-Hineinversetzen kann nicht zu Selbstfaszination oder mentaler Selbstaufgabe führen, da das echte Sich-Hineinversetzen die eigene innere Klarheit voraussetzt, die, wie beim Vorgang des Ausatmens, aus dem Inneren des Menschen ausströmt und sich ausbreitet.« (a. a. O. S. 346)
- »NACH HAUSE BRINGEN« (a. a. O. S. 346) umfasst alles, was zu einer Synchronisation von Körper und Geist beiträgt, z. B. auch sportliche oder künstlerische Aktivitäten. Therapeutinnen und Therapeuten sollten dazu selbst synchronisiert und ihre Taten und Worte in Harmonie sein. »»Nach Hause bringen« ist der Anker, an dem sich der Patient in der emotionalen Flut seiner Gedankenwelt festhalten kann. Für ihn bedeutet das die Bemühung, mit allen Kräften das Denken wieder zu ›erden‹ und die natürlichen ›Bremsen‹ zu mobilisieren, die die mentale Geschwindigkeit verlangsamen.« (a. a. O. S. 347)
- »GEWÄHREN LASSEN« (a. a. O. S. 348) ist eine Haltung, in der alles akzeptiert und nichts verurteilt wird, was in der Patientin oder dem Patienten und in der Therapeutin oder dem Therapeuten vor sich geht. Die Erwartungen der Therapeutinnen und Therapeuten dürfen nicht den Prozess des betroffenen Individuums bestimmen.
- Therapeutinnen und Therapeuten können Patientinnen und Patienten in ihr eigenes Leben »MITNEHMEN« (a. a. O. S. 349), zum Beispiel auf eine Sportveranstaltung

¹⁸ Diese Synchronisation wird auch als Vereinigung von ›Himmel‹ und ›Erde‹ bezeichnet (siehe erstes Zitat von E. Podvoll unter V. 2.).

oder beim Abholen der eigenen Kinder von der Schule. Die Zeit der Basisbetreuung kann mit Aktivitäten gefüllt werden, welche die betreuenden Personen gerne tun oder die erledigt werden müssen.

- Das »WAHRNEHMEN« (a. a. O. S. 350), eine verständnisvolle Unterstützung und der Schutz von »Inseln der Klarheit« sind wichtig, damit diese Momente zunehmen und nicht verstreichen. Solche Momente sind beispielsweise Wünsche nach Selbstdisziplin und Sorgfalt, Versuche, die starre Selbstbezogenheit zu durchbrechen und etwas für andere zu tun, der Mut, Isolationsgefühlen entgegenzutreten und das Auftreten von Ekel- und Katzenjammergefühlen, wenn sich der betroffene Mensch seiner Entfremdung vom Leben bewusst wird.
 - »Die Förderung der Inseln der Klarheit bringt in dem betreffenden Menschen Selbstorganisationprozesse in Gang, die seine Fähigkeit zur Eigenverantwortung stärken.« (KAUFMANN 1996, S. 835)
 - »Aus der Sicht der Basisbetreuung sind diese Momente die großen Chancen.« (PODVOLL 1994, S. 339)
- Patientinnen und Patienten sollen im Laufe der Zeit zur »ÜBERNAHME VON VERANTWORTUNG« (PODVOLL 1994, S. 353) befähigt werden, anfangs mit Hilfestellung.
 - »Es kommt der Punkt, wo Sie auf größere persönliche Verantwortung des Kranken hinarbeiten müssen. Verantwortung in diesem Sinn soll heißen, dass er selbst besser für sich sorgt.« (a. a. O. S. 353)
- Das »AKTIVIEREN DER ENERGIE« (a. a. O. S. 352) meint die Herstellung einer Umgebung, die mit kräftigen Farben, Eindrücken und Formen die Sinne des oder der Kranken anspricht, und damit ein Interesse an seiner oder ihrer Umwelt wachruft, auch wenn auf normalem Weg keine Verbindung zu ihm oder ihr möglich ist.
 - »Dadurch erlebt der Patient, dass die Welt auch schöne und gute Seiten besitzt.« (a. a. O. S. 353).
- Die »ENTDECKUNG DER FREUNDSCHAFT« (a. a. O. S. 354) setzt eine gewisse Dauer und Tiefe der therapeutischen Beziehung voraus, wodurch nach und nach auch freundschaftliche Gefühle entstehen (vgl. auch VI. 3. 3.).
 - »Es braucht seine Zeit, bis eine Freundschaft entsteht, und sicher sind auch Pflichten damit verbunden. Was aber für die Basisbetreuung am wichtigsten ist, ist, dass sich eine Atmosphäre des Vertrauens entwickelt, in der die Wahrheit gesagt und, auch wenn sie unangenehm ist, gehört werden kann.« (a. a. O. S. 354)
- Therapeutinnen und Therapeuten müssen zu einem »LERNEN« (a. a. O. S. 356) über ihr eigenes Empfinden und Verhalten bereit sein.
 - »Übergroße Vorsicht, Zurückhaltung, das Sich-Festklammern an der eigenen Identität oder »Position« – all das wird zu Ihnen zurückgespiegelt. (...) In diesem Sinne arbeiten Sie ebenso sehr an sich selbst wie mit dem Patienten. Und das kann von großer Bedeutung auch für ihn sein. Denn er erkennt dadurch, dass Heilung kein einseitiger Prozess ist: Sie können sich nicht bequem zurücklehnen und ihn bei der Reise beobachten, sondern Sie selbst machen ebenfalls eine Reise, und streckenweise lernen Sie vielleicht mehr von ihm als er von Ihnen.« (a. a. O. S. 356)

Therapeutinnen und Therapeuten sollten sich weiterhin mit möglichst **vielen Methoden der Synchronisation von Körper und Geist** vertraut machen, um dem Patienten oder

der Patientin Ratschläge zu geben, wie man es beispielsweise lernen kann, schweifende Gedanken zurückzuholen oder sich zu konzentrieren (vgl. a. a. O. S. 308 ff.). Patientinnen und Patienten wird auch vorgeschlagen, an Kursen und Angeboten außerhalb der Windhorse-Gemeinschaft teilzunehmen, die eine »Präsenz des Denkens« (a. a. O. S. 312) und eine Harmonie zwischen Körper und Geist anstreben, wie zum Beispiel T'ai chi ch'uan, die Kunst des Bogenschießens im Zen, Hatha-Yoga, Ikebana, Kalligraphie, verschiedene Arten der Meditation, Malen, Tanzen, Atemübungen oder musikalische Angebote. Bei diesen Übungen kommt es auf eine geduldige Einstellung, den richtigen Zeitpunkt der Anwendung und entgegenkommende Menschen an.

»Die richtige Einstellung ist, (...) dass man nicht etwas erreichen möchte, z. B. ein besserer, fähigerer oder mächtigerer Mensch zu werden. Das wären doch nur im Unbewussten lauernde Einstellungen, die aus einem ›Drang zur Transformation‹ (...) resultieren. (...) Da es aber Rekonvaleszenten der Psychose schwer fällt, die dafür erforderliche Geduld aufzubringen, ist es ganz entscheidend, dass sie die Erfahrung machen, von den Mitgliedern des therapeutischen Teams freundlich und herzlich behandelt zu werden. Nur wer erlebt, dass man ihn akzeptiert und freundlich zu ihm ist, kann sich eine ähnliche Haltung gegenüber seinem Körper und seinem Bewusstsein aneignen.« (a. a. O. S. 314 f.)

Zusammengefasst ist die Basisbetreuung eine »Art höherer Krankenpflege« (a. a. O. S. 337) zuzüglich der Pflege des Bewusstseins, die vielfältige und anspruchsvolle Anforderungen an die Therapeutinnen und Therapeuten stellt.¹⁹

»Mit einfachen Worten ausgedrückt, ist die Basisbetreuung nichts anderes, als dass der Therapeut genau das tut, was ein Rekonvaleszent im Augenblick braucht – und das kann von einer Begleitung auf Spaziergängen bis zu Maßnahmen reichen, die einer traditionellen Therapie ähnlich sehen.« (a. a. O. S. 338)

3. **Intensive Einzeltherapie** ist eine weitere Form der Basisbetreuung, welche sich auf Arbeiten von Fromm-Reichmann, Podvoll, Searles, Sullivan und Will stützt, und davon ausgeht, dass menschliche Intimität ein wichtiger Faktor für die Gesundung von Psychosen ist. Verantwortlich für diese Einzeltherapie ist der leitende Therapeut bzw. die leitende Therapeutin. Ziel der intensiven Einzeltherapie ist die Kultivierung einer authentisch-therapeutischen Freundschaft. Diese Form der Einzeltherapie bietet auch die Gelegenheit, Verständnis für die Mechanismen zu entwickeln, die in eine Psychose hinein oder aus ihr heraus führen.

»›Authentic‹ means to recognize that empathy with the patient's experience happens naturally as the starting point. ›Therapeutic‹ means to search for and give proper voice to the truth available in every interpersonal moment. ›Friendship‹ means that the patient and therapist become trusted companions who encourage each other in a process of mutual learning.« (FORTUNA 1995, S. 176)

Es gibt regelmäßig stattfindende **Sitzungen** der Wohngemeinschaft, des gesamten therapeutischen Teams, Supervisionsitzungen und eventuell familientherapeutische Sitzungen (s. VI. 3. 10.). Supervisionsaufgaben werden vom leitenden Therapeuten bzw. The-

¹⁹ Die Windhorse-Gemeinschaft in Boulder, Colorado wendet die Basisbetreuung auch bei alten, sterbenden und hirngeschädigten Menschen in deren Zuhause an.

rapeutin übernommen. Mit den Fortschritten der Patientin oder des Patienten verringern sich die Größe des therapeutischen Teams und dementsprechend auch die Therapiekosten. Im Durchschnitt dauert es im Windhorse-Projekt ca. 12–14 Monate bis sich ein psychotischer Mensch deutlich von seiner Psychose distanziert hat, und er dann zu einem sog. ›Graduate‹ wird. Patientin bzw. Patient und therapeutisches Team bilden eine »Art erweiterter Familie« (PODVOLL 1994, S. 325), deren Kontakte auch nach Beendigung der formalen Therapie häufig fortbestehen.

Die therapeutischen Komponenten (1.–3.) beziehen sich auf verschiedene Lebensdimensionen aller Beteiligten. Die **biologische** Dimension wird durch eine gesunde Ernährung, einen sauberen Haushalt, Körperpflege, Massagen oder Bewegungstherapien angesprochen, die **psychologische** Dimension durch die verschiedenen Formen der Basisbetreuung. Die **soziale** Dimension wird durch die vielen unterschiedlichen Kontakte mit dem therapeutischen Team und gegebenenfalls weiteren Therapeutinnen, Therapeuten und nahe stehende Menschen berücksichtigt. Die **spirituelle** Dimension meint das Suchen nach Eingebundensein in einen größeren Zusammenhang, sei er zum Beispiel religiös oder ökologisch geprägt.²⁰

»Gäbe es die Welt des Geistes nicht, psychotische Menschen würden sie erfinden. Das Scheitern des Verstandes, wie es der Psychotiker erlebt, schreit geradezu nach einer metaphysischen, übernatürlichen Erklärung. Die Probleme des Kranken können dadurch in einen größeren Zusammenhang eingeordnet werden. Er kämpft ja nicht nur darum, der äußeren Welt einen Sinn abzugewinnen, sondern er sieht sich auch in dauerndem Konflikt mit einer unsichtbaren Welt.« (PODVOLL 1994, S. 43)

In diesem **vieldimensionalen Therapieangebot** kann jedes Element des die Psychose verursachenden Cocktails (s. IV. 1.) beseitigt oder verändert werden. Geistesabwesenheit durch »Synchronisation von Körper und Geist, toxische Substanz durch richtige Ernährung und Medizin, Aktivität durch Beruhigung des Denkens, Intention durch Verlagerung des Interesses auf Gesundheit und Normalität und Grenzsituation durch eine einfache, menschenwürdige häusliche Umgebung.« (a. a. O. S. 315)

Zusammengefasst stellt sich für Podvoll eine Psychose als ein starkes Ungleichgewicht im Zusammenspiel von Körper, Geist und Umwelt dar. Geist und Gehirn werden dadurch von Urkräften durcheinander gewirbelt und produzieren ein »privates Universum« (a. a. O. S. 126), welches Podvoll identifizieren und damit auch demystifizieren will. Ab einem bestimmten Punkt im ›zweiten Zustand‹ läuft diese innere Wahnproduktion weitestgehend unabhängig von der Außenwelt ab. Jeder psychotische Mensch hat aber aufgrund der ›Inseln der Klarheit‹ ein Heilungspotential. Authentisch-therapeutische Freundschaften können dieses Potenzial ansprechen und damit die Heilung fördern. Ein therapeutisches Team widmet sich sowohl der Gesundheit des oder der Kranken als auch dem Wohlergehen seiner Mitglieder.

20 Für J. Fortuna ist die Mitarbeit an Heilungsprozessen an sich etwas Spirituelles: »Members of the Windhorse community are attempting to live productively and creatively together, enlivened by a spirit of learning. To engage in healing is traditionally a sacred art that simultaneously attends to the ill person and other community members and reharmonizes the community with the surrounding environment. This perspective joins social ecology and spiritually together in a time-honored way.« (FORTUNA 1995, S. 188)

IV. 5. Der Umgang mit Medikamenten

Da man mit dem Windhorse-Programm auf die Selbsthilfekräfte setzt, die in jedem psychotischen Menschen vorhanden sind, werden Psychopharmaka nur in Ausnahmesituationen gegeben. Diese könnten einem Patienten ruhige Momente schaffen, wenn die Sinnestäuschungen

»(...) nicht völlig beherrschend auftreten und er sich den halluzinatorischen Befehlen, ›an zwei Orten gleichzeitig‹ zu leben, einigermaßen entziehen kann. Sie vermitteln dem Kranken überdies wertvolle Atempausen zur Entspannung, sodass er wieder imstande ist, sich der Realität zu nähern und eine gewisse Selbstachtung und Würde zurückzugewinnen. Seine Umgebung wird ihn wieder ernst nehmen, wenn er nicht fortwährend in einer anderen Welt lebt und alles um sich herum vergisst« (PODVOLL 1994, S. 292).

Psychopharmaka werden in den kleinstmöglichen Dosen gegeben, sodass das Bewusstsein und die Lernfähigkeit der Psychosekranken nicht zu stark beeinträchtigt werden. Sobald die therapeutische Absicht erreicht ist, werden die Medikamente abgesetzt. Podvoll ist der Überzeugung, dass Psychopharmaka minimiert werden können und sollen, wenn bestimmte Vorbereitungen umgesetzt werden und definierte Regeln eingehalten werden (vgl. a. a. O. S. 294).²¹ Die Absetzung von Medikamenten erfordert große Energien der Psychosekranken sowie die Risikobereitschaft des therapeutischen Teams. Es wurden

»(...) bei allen Patienten, mit denen wir beim Windhorse-Projekt arbeiteten, die Medikamente früher oder später abgesetzt. Darin bestand überhaupt ein wichtiges Teilziel der Windhorse-Therapie« (a. a. O. S. 290).

IV. 6. Beispielverläufe

a) »After a lecture I gave on the Windhorse program, an elderly woman approached me and described the condition of her daughter, Kathy. Kathy, now in her 40s, had been suffering since age 18 with a disturbance diagnosed as ›chronic paranoid schizophrenia‹ that had required extensive inpatient care and multiple medications. She had not been able to settle in supervised residential settings and was living with her parents again. Life in the household had deteriorated into intolerable conflict, and her father's heart condition was worsening with the stress. Her parents felt that, unless she had a support network by the time they died, Kathy would succeed with the final in a series of suicide attempts. A team leader and I met weekly with the family members in their home to mediate conflicts and to establish productive living patterns. The team leader provided case management and one 3-hour shift of basic attendance weekly. She was in almost daily telephone contact with Kathy and her parents as a result of frequent crises. We soon moved to my office for weekly team meetings, with Kathy attending on alternate weeks. The team leader continued with the house meetings. I

21 In PODVOLL (1994, S. 293 ff.) findet sich eine detaillierte Anleitung wie Medikamente unter Berücksichtigung der körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung eines Menschen abgesetzt werden können.

met weekly with the team leader for planing and supervision. Kathy's psychiatrist of 20 years, paid by medical insurance, agreed to our involvement if we did ›not provide psychotherapy or meddle with the medications‹. Kathy also used the medicines in attempts to overdose. We agreed, and the psychiatrist has since rescinded both constrictions. The cost for the team was a reduced fee of \$13 per day to her parents, because they were living on a small retirement pension.

After 8 months, Kathy moved to an apartment supported by a social service agency with whom the team formed a collaborative relationship. The team expanded to include a student and the director of Kathy's house agency, who were working as volunteer team therapists with Kathy for their own professional development. Kathy grew into a capable householder and continued to slowly untangle delusions form accurate perceptions with her increasingly stable attention and discriminating doubts. On my leaving Nova Scotia, the team leader became the principal therapist, and a new person assumed her role.

The team is established as a viable learning environment for each member. The work with Kathy continues to be rugged and understaffed as a result of insufficient funds. Recently, her allegiance to health had a setback with a near-lethal overdose attempt. The team remained close to Kathy and her parents during her awakening form a comatose state. Kathy continues to inspire her team with delightful eccentricity, humor, and sincerity. She may remain with some form of the team for the rest of her life. Her parents regard the Windhorse team as ›a breath of fresh air‹ and are now enjoying their ›golden years‹ together. I remain in contact with them and the team by telephone and letters.« (FORTUNA 1995, S. 185 f.)

b) »Arnold (A.) und Lisa (L.) erwarteten ein Baby. Nachdem Lisa die Schwangerschaft (...) vorwiegend in positiver Stimmung und Erwartung erlebt hatte, ergaben sich gegen Ende gewisse Komplikationen. Sie fühlte sich oft allein gelassen und missverstanden, sowohl von ihrem Mann, als auch von einer der für sie zuständigen Hebammen. Misstrauen begann in ihr zu wachsen und Verunsicherung den Herausforderungen gegenüber, die sie auf sich zukommen sah, ›manifestiert als Schlafstörungen und erste Krisen (›Vorwahnstimmung‹) ein Monat vor der Geburt (L.). Die Geburt selbst, bei der sie das Mitwirken Arnolds als ›tragend und unterstützend‹ erlebte, verlief komplikationslos. Aber kurz darauf erforderte eine Ateminsuffizienz des Babys seine Transferierung auf eine Intensivstation. ›Der Zustand des Neugeborenen besserte sich rasch, sodass es nach fünf Tagen gemeinsam mit der Mutter in ein Mutter-Kind-Zimmer verlegt werden konnte.« (A.) ›Dort geriet Lisa in eine psychische Krise, die sich zu wahnhaftem Erleben steigerte. Sie glaubte, sich bestimmten Prüfungsritualen konkurrierender Gruppierungen (z. B. das Krankenhauspersonal versus die Hebamme) unterzogen. Diese Prozesse gipfelten im Kampf gegen den eigenen Identitätsverlust (L.). Sowohl Lisa als auch Arnold erlebten sich als völlig hilflos in dem sich zusammenbauenden krisenhaften Geschehen. Die Suche nach kompetenten Helfern führte (...) zum Aufsuchen eines Psychotherapeuten durch Arnold. Der Psychotherapeut, der der Wiener WH-Arbeitsgruppe angehört, sah, dass sich Arnolds eigene Ideen darüber, was ihnen helfen könnte, mit Prinzipien des WH-Modells überschneiden, ›dass ein Netz von verschiedenen, miteinander kooperierenden Helfern‹ es bewirken könnte, diese Kri-

sensituation im vertrauten Lebensbereich zu bewältigen. Neben seinen Bedenken, dass Lisa in irgendwelche hospitalisierenden ›Krankenhausmühlen‹ geraten könnte, war es auch sein Anliegen, die ganze Familie beisammenzuhalten, weitere Trennungen von Mutter und Kind zu verhindern und einen ›gemeinsamen Weg‹ zu finden. (...) Arnold informierte Lisa. Der Psychotherapeut informierte einen Psychiater der WH-Gruppe und vereinbarte Besuchstermine von beiden im Krankenhaus. Nach der Zustimmung Lisa's zum WH-Setting, im konkreten Fall: der Einbeziehung von Freunden und Bekannten in ein sie in der eigenen Wohnung durch die Krise begleitendes Team begann Arnold in Frage kommende, von ihm und Lisa ausgewählte Personen anzurufen. Zwei Tage später kam es zur ersten Team-Sitzung, in der die hilfsbereiten Freunde und Bekannten genauer informiert, in WH-Arbeit eingeführt und durch einen ebenfalls aus der WH-Gruppe stammenden Teamleiter zu täglichen ›Begleitschichten‹ organisiert wurden. ›Der Aufbau dieses Netzes befähigte Lisa, sich im Krankenhaus bewusst zu orientieren, Spaziergänge mit dem Kind zu unternehmen und schließlich die Entlassung aus dem Krankenhaus vorzubereiten (...).‹ (L.). Neben dem Augenmerk auf die räumliche Umgebung, die sauber, klar und einladend gestaltet wurde, wurde Sorge getragen, dass Lisa und das Baby, das sich körperlich in der Intensivstation rasch erholt hatte, nie allein waren. In das Team wurden v. a. Leute einbezogen, die entweder selber Kinder hatten, oder die mit Babys umgehen konnten, um Lisa beim Erlernen der nötigen Handgriffe und Umgangsformen zu unterstützen. Die in die Teamarbeit eingebundene Einzeltherapie durch den Psychiater der WH-Gruppe, der auch Psychotherapeut ist, fand wöchentlich zweimal in der Wohnung der Familie statt. (...) Auch die wöchentlichen, später 14-tägigen, Teamsitzungen fanden zusammen mit Lisa und Arnold in deren Wohnung statt. Nach anfänglichen Widerständen und Schwierigkeiten Lisas, diese Hilfe anzunehmen, begann sie, die Situation zu akzeptieren und langsam von einem manisch gefärbten Zustand ›auf den Boden zu kommen‹. Durch die Begleitungen gewöhnte sie sich auch langsam an das sie vorher so ängstigende ›Hinausgehen‹, spazieren oder einkaufen gehen. Und auch die Beziehung zu dem Kind begann sich gut zu entwickeln. (Allerdings hätte sich – nach Empfinden von A. und L. – die Basisbetreuung in dieser Phase stärker auf Mutter und Kind ausrichten können und weniger auf die Mutter alleine).

Leider wurde diese Entwicklung durch einen tragischen Unfall unterbrochen, was alle wieder vor ganz neue Herausforderungen stellte: Arnold, der sich zu einem exzellenten Vater entwickelt hatte, der viel Mitverantwortung für das Kind auf geschickte Weise übernommen hatte, konnte es nicht verhindern, dass ihm der Kleine durch eine ungewohnte Drehbewegung aus dem Arm glitt und mit dem Kopf auf einen Steinboden fiel. Eine Schädelfraktur und weitere Wochen Aufenthalt des Kleinen auf einer Intensivstation waren die Folge. Lisa verfiel in einen Zustand von Hoffnungslosigkeit, z. B. es je wieder zu schaffen, eine funktionierende Beziehung zu ihrem Kind zu erreichen und die Aufgaben des ›Mutterseins‹ – mit nun noch viel schwierigeren Bedingungen – zu bewältigen. Das Baby wurde nach dem Krankenhausaufenthalt wieder zu Hause, nun mit vorübergehender Unterstützung von Arnolds Mutter, betreut. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich mehrere Teammitglieder in Urlaub, u. a. auch der Einzeltherapeut von Lisa, sodass die Basisbetreuung faktisch ausgesetzt war. Lisa zog sich immer mehr zurück und erlebte eine völlige Entfremdung von ihrem Baby. Eine tiefe, fast stuporöse

Depression breitete sich aus, die einmal auch zu einigen Tagen stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Station und zu einer Einstellung auf ein Antidepressivum führte. Während ihres stationären Aufenthaltes, in einem Moment der Klarheit, äußerte sie den Wunsch, einen Neubeginn zu Hause, mit neuerlicher Unterstützung des WH-Teams, zu versuchen. Eine wichtige Einsicht, die sie zu diesem Zeitpunkt auch hatte, war dass es für sie keinen heilsamen Weg ohne ihr Kind geben kann. Der praktische Hinweis, den sie damit gab, war dass sie einerseits Unterstützung wünschte bei der Wiederaufnahme der ganz einfachen Babypflege, denn sie hatte jedes Vertrauen in das Gelingen der erforderlichen praktischen Handgriffe verloren. Andererseits glaubte sie, dass ihr nicht zuviel abgenommen werden sollte, weil sie bemerkt hatte, dass das ihre Depression verstärkte. »Ich fände es wichtig herauszustreichen, dass Lisas psychotische und depressive Krise Ausdruck ihrer Widerstände waren, in die Mutterrolle einzutreten. Jede konventionelle Behandlung hätte aber die Distanz zwischen ihr und dem Kind vergrößert. Nur mit einer Betreuung, die im Idealfall auf die ganze Familie in ihrem eigenen Lebensbereich ausgerichtet ist, war es möglich, dass Lisa ihre Widerstände erleben, erkennen, begreifen und verändern konnte.« (A.).

Die WH-Arbeit mit täglichen Schichten und wöchentlichen Teamsitzungen in der gewohnten häuslichen Umgebung wurde wieder aufgenommen. Mit der schweren Depression zu arbeiten, erforderte von allen eine vollkommene Neueinstellung und Umstellung. Das Team schätzte Lisa nun »kranker« ein als vorher, in der manisch getönten Phase. Lisa beschrieb ihren Zustand als »die dunkelste Zeit« ihres bisherigen Lebens. Zeitweise bewegte sie sich in Fantasien einer suizidalen »Lösung«, die aus einer verzweifelten Suche nach Befreiung von all diesem Leiden entsprangen. Die Krise miteinander durchzustehen, war zeitweise eine Gratwanderung und konnte dann zu einer langsamen Aufwärtsbewegung führen. Was Lisa dabei aufgab, war glücklicherweise nicht ihr Leben, sondern es waren ihre Vorstellungen davon, wie sie »sein sollte«. Sie begann langsam, den erbitterten innerlichen Kampf gegen die Depression aufzugeben, ebenso wie ihre hohen Ansprüche, wie »gut«, gesund, leistungsfähig, zuwendungsfähig (...) sie als Mutter sein sollte. Das ermöglichte eine zeitweilige Öffnung, ein Bemerkend und dann auch Wertschätzen von kleinen Veränderungen, v. a. in der Beziehung zu ihrem Sohn.

»Inseln der Klarheit« begannen sich in der (...) Entwicklung der Beziehung zu ihm zu manifestieren – anfangs für sie schockierend. In der psychotischen Phase hielt sie einen offenen, ihr zugewandten Blick nicht aus. Er versetzte sie in Panik. Sie konnte ihm nicht standhalten. Dann gewöhnte sie sich langsam »sich hintastend« daran, ließ sich immer mehr darauf ein, bis dann beide immer mehr auflebten in dieser Begegnung der Blicke und dem Einander-Finden in der Beziehung. »Es geht mir langsam besser mit ihm ... aber ich kann noch immer nicht alles tun ...«, »heute konnte ich sogar schon mit ihm sprechen ...«, »er schaut mich oft ganz lange an ... und ich ihn auch ... und spür nicht mehr das Bedürfnis Oberhand gewinnen zu müssen«. Solche Bemerkungen markierten die Entwicklung ihrer Beziehung zum Kind und gleichzeitig die Entwicklung ihrer Wachheit und »Synchronisiertheit« mit ihrer Umgebung, die zuerst durch die psychotische Krise und dann durch den Rückzug in die Depression verloren gegangen waren. Ein anderes wichtiges Kennzeichen ihres Heilungsprozesses waren das langsame Entstehen von Vertrauen in einen »Weg«, in die Möglichkeit kleiner, bewältigbarer

Schritte sowie vermehrt Mut neue, noch ängstigende Schritte zu tun. Solche Schritte bestanden z. B. in ›allein mit dem Kind Straßenbahn fahren‹ oder sich ›beim Spazieren gehen mit anderen Müttern auf ein Gespräch einlassen‹. (...) Nach vier Monaten der Begleitung der Familie durch das WH-Team sah sich Lisa imstande und wünschte zu versuchen, ohne diese Hilfe weiterzugehen. Zwei Monate später hatte sich diese Entwicklung stabilisiert. A. möchte an dieser Stelle noch anmerken, dass die Einzelpsychotherapie fortgesetzt wurde und zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Artikels noch andauert. Als wichtig sieht er auch, dass von Lisa jetzt Krisen als Chancen erlebt werden, ›bestimmte gefährdende Strukturen neu zu sehen und andere ihrer Gesundheit und Entwicklung förderliche Wahrnehmungsweisen und Handlungsimpulse zu stärken.« (KAUFMANN 1996, S. 840 ff.)

»Verlauf und Ergebnis einer Schizophreniebehandlung werden ganz wesentlich von den Rahmenbedingungen bestimmt, unter denen sich Patient und Arzt begegnen.« (M. Wirsching in STIERLIN et al. 1985, S. 57)

»Jede neue Generation muss selbst durch Krisen und Auseinandersetzungen am eigenen Leib erleben, warum sie dies oder jenes in ihrer Praxis und milieuthérapeutischen Haltung als zweckmäßig empfindet, zum Beispiel, warum wir in unserer Haltung den Patienten gegenüber gleichzeitig Nähe und Abstand halten müssen und warum wir sowohl eine menschliche wie auch eine professionelle Dimension einhalten müssen (...), warum es richtig sein kann, die Familie schon in die Vorabklärung und später in die Therapie mit einzubeziehen, warum der Patient uns angreifen und kritisieren darf, ohne dass wir uns wehren müssen, oder warum es notwendig ist, zeitig den Abschluss eines therapeutischen Kontaktes vorzubereiten.« (JØRSTAD 1978, S. 129)

»Das Ich wird am Du.« (Martin Buber)

V. Milieuthérapie und therapeutische Gemeinschaften

Dieses Kapitel spannt einen größeren Rahmen um die zuvor dargestellten Projekte. Es enthält neben einem kurzen geschichtlichen Abriss milieuthérapeutischer Ansätze einen ausgewählten Überblick über milieuthérapeutische Prinzipien und eine Zusammenstellung von für diese Arbeit interessanten Forschungsergebnissen.¹

V. 1. Zur Definition von »Milieuthérapie« und »therapeutische Gemeinschaft«

Bislang gibt es keine allgemein gültige Definition des Begriffes **Milieuthérapie**. Begründet liegt dies unter anderem darin, dass bereits die Begriffe »Milieu« und »Thérapie« selbst nicht exakt zu definieren sind (vgl. FINZEN 1978, S. 17). Finzen verweist auch darauf, dass diese Definitionsunschärfe noch zunimmt, wenn man von Umwelt statt von Milieu und von Behandlung statt von Therapie spricht. Es gibt auch keine einheitliche Klientel, die mit dem Begriff Milieuthérapie in Verbindung gebracht wird. Milieuthérapeutische Konzepte finden sich z. B. für Menschen in akuten psychotischen Krisen, für Suchtkranke

1 Weiterführende Literatur zur Milieuthérapie ist u. a.: BETTELHEIM 1950; CUMMING et CUMMING (1979); HEIM (1978, 1985); GUNDERSON et al. (1985); MATAKAS (1992, S. 18 ff.). Zur therapeutischen Gemeinschaft: JONES (1956, 1976, 1983); PLOEGER (1972). Soziologische Untersuchungen über psychiatrische Anstalten: GOFFMAN (1973); FENGLER et FENGLER (1980); RAPOPORT (1980).

und Menschen mit Hospitalisierungsschäden, für Kinder und Jugendliche. Manche Definitionen beziehen sich auf therapeutische Ziele, andere beschreiben das, was real passiert. Zwei Definitionen seien hier stellvertretend für die Vielzahl von Formulierungsversuchen genannt. Für FINZEN (1978, S. 15) ist Milieuthherapie eine Form und gleichzeitig ein Ziel »komplizierte soziale Vorgänge zu bündeln und zur Behandlung von Kranken einzusetzen«. HEIM (1978, S. 49 f.) versteht Milieuthherapie sowohl als einen übergeordneten wie auch komplementären Begriff. Übergeordnet meint, dass alle therapeutischen Vorgänge eines Krankenhauses abgestimmt und koordiniert werden.

»Komplementär in dem Sinne, als auch alle Geschehnisse, die örtlich und zeitlich neben den klassischen Therapieverfahren (Pharmakotherapie, Psychotherapie etc.) ablaufen, als therapeutische verstanden werden.«

Viele der in Kapitel I.–IV. und im Anhang dargestellten Projekte beschreiben sich selbst als **therapeutische Gemeinschaft**. Auch dieser Begriff wird nicht einheitlich mit Inhalt gefüllt. Für manche ist sie eine herausgehobene, exklusive Form der Krankenhausbehandlung, andere sehen in ihr eine spezielle Verwaltungseinheit die einen reibungslosen Einsatz von Psychotherapie überhaupt erst ermöglicht (vgl. TUCKER 1983, S. 42). Eine therapeutische Gemeinschaft kann als eine mögliche Form der Milieuthherapie angesehen werden (vgl. HEIM 1978, S. 32; 1985). Sie ist keine eigenständige Therapiemethode, sondern eine mehr oder weniger geplante Sozialform auf dem Hintergrund einer mehr oder weniger klaren therapeutischen Ausrichtung. PLOEGER (1978, S. 63) betont beispielsweise die durch den meist geringen Institutionalisierungsgrad bedingten Eigenarten therapeutischer Gemeinschaften:

»Das Wesen der Therapeutischen Gemeinschaft lässt sich m. E. auf einen Nenner bringen: Sie besteht in einer möglichst geringen Institutionalisierung, wodurch die Gruppenprozesse auch im täglichen Zusammenleben manifest, die individuelle Psychodynamik der Beteiligten damit deutlich und der Behandlung zugänglich wird. Man könnte auch hier vom Prinzip der »Minimalstrukturierung« sprechen (...).«

Für M. Jones sind die Schwierigkeiten der Begriffsfüllung ein Ausdruck der Veränderungen, die sich durch die Reorientierung von einer medizinischen zu einer sozialen Psychiatrie ergeben haben (vgl. PLOEGER 1978, S. 177).

V. 2. Geschichtliche Aspekte

Da es unmöglich ist, Milieuthherapie und therapeutische Gemeinschaft exakt zu definieren, ist es folglich auch nicht möglich, die eine Geschichte der Milieuthherapie oder der therapeutischen Gemeinschaft darzustellen. Die in diesem Abschnitt erwähnten Gruppen und Einrichtungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie neben versorgenden zumeist auch fördernde und Beeinträchtigungen verbessernde Funktionen und Ziele hatten.² Die folgende Zusammenstellung konzentriert sich, so weit dies möglich ist, auf Projekte für

2 Vgl. LUDEWIG (1996, S. 47): »Die Psychiatrie als medizinische Einzeldisziplin entstand (...) erst im 18. Jahrhundert (...). Ihre Aufgabe war ursprünglich die begleitende Versorgung (care) der »armen Irren«. Im Laufe der Zeit ist ihr Anspruch immer deutlicher die Behebung (cure) »psychischer Beeinträchtigungen« geworden.«

psychotische bzw. schizophrene Menschen und erhebt keinesfalls einen Anspruch auf Vollständigkeit.

Für E. Podvoll existiert bereits seit sehr langer Zeit ein Wissen über das Heilungspotenzial von Großfamilien oder familienähnlichen Gruppen, die sich in der **Urbevölkerung aller Länder** der Erde zu **Heilclans, Heilfamilien und Heilgruppen** entwickelt haben.

»Von den Inuits in Alaska bis zu den afrikanischen Kung, von den Mung der vietnamesischen Berge bis zu den Sioux der amerikanischen Prärien ist das Grundelement einer therapeutischen Umgebung immer eine Gruppe, die die Heilung durch eine ›Vereinigung von Himmel und Erde‹ begünstigt. Im Prinzip ›Himmel‹ steckt das Moment der Bewusstheit und Beachtung der spirituellen Dimension des Lebens, und im Prinzip ›Erde‹ das Bewusstsein davon, dass die Elemente der Erde etwas Heiliges und der menschliche Körper etwas Kostbares sind. ›Himmel‹ und ›Erde‹ können nun aber durch Rituale, Liebe zum Detail und Mitgefühl, das ›menschliche‹ Prinzip, miteinander vereinigt werden. Wo immer auf solche Weise gehandelt wird, entsteht ein Ort der Heilung.« (PODVOLL 1994, S. 271)

Für Podvoll liegt die Essenz jeder pädagogischen, therapeutischen und meditativen Gemeinschaft darin, dass die Gesamtwirkung mehr ist als das summierte Bemühen aller Beteiligten, »vergleichbar etwa der konzentrierten Atmosphäre einer großen Bibliothek« (a. a. O. S. 391). Aus seinen Beobachtungen der Heilungszeremonien der Lakota Sioux filterte Podvoll die Hauptfunktionen einer therapeutischen Umgebung: Himmel und Erde werden vereinigt indem die psychischen und physischen Energien der Kranken wieder ins Gleichgewicht gelangen, und den Kranken wird nachhaltig vermittelt, wie sie später im Alltag Himmel und Erde verbinden und sich somit selbst heilen können.

»Manchmal bedürfen diese Angaben später noch der Deutung und Ausarbeitung durch einen Mediziner oder seine Helfer. Immer aber zielen sie auf ein Leben in Harmonie und beziehen sich auf drei Bereiche: Ernährung, Verhalten und Denkweise.« (PODVOLL 1994, S. 271 f.)

Nach PODVOLL (1994, S. 275) entstand in der belgischen Stadt **Geel** im 14. Jahrhundert die erste ›alternative‹ Einrichtung der Welt, die auf dem Prinzip von Pflegefamilien basierte.³ In einem großen Netz aus **Pflegefamilien** lebten zeitweise fast viertausend ›wahn-sinnige‹ Menschen. Viele dieser Menschen waren zuvor aus sog. ›Tollhäusern‹ ausgebrochen. Trotz einiger Entgleisungen galt dort das Prinzip der persönlichen Freiheit und die Abwesenheit von Zwang.

»Die Kranken lebten buchstäblich im Freien. (...) Man war im Familienverband glücklicher und gesünder und konnte sich nützlicher machen als in der traditionellen Anstalt.«⁴ Auch fand sich Gelegenheit zu arbeiten, manche Patienten nahmen ihren früheren

3 »Man sollte übrigens noch erwähnen, dass die mitleidenden Einwohner Geels diese Methode der Betreuung in Pflegefamilien bis auf den heutigen Tag mit Hingabe praktizieren und das als ihre Berufung ansehen.« (PODVOLL 1994, S. 275) Vgl. ROOSENS, E.: *Mental Patients in Town Life: Geel, Europe's First Therapeutic Community*. Sage Publications, Beverly Hills, 1979.

4 Zitiert aus PARRY-JONES, W. L.: *The Model of the Geel Lunatic Colony and Its Influence on the Nineteenth-Century Asylum System in Britain*. In: SCULL, A.: *Madhouses, Mad-Doctors, and Madmen*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1981.

Beruf wieder auf und lebten so, »wie es in etwa dem Leben in einer Familiengemeinschaft entsprach«. »So etwas war in den üblichen Irrenhäusern, die teils Palast, teils Kaserne, teils Gefängnis waren, kaum möglich.«⁵ (PODVOLL 1994, S. 274 f.)

Das Pflegemodell von Geel diente später im 19. Jahrhundert in England und Schottland als Vorbild für dörfliche Pflegegemeinschaften und -familien, in denen Menschen von einer Psychose genesen konnten (vgl. PODVOLL 1994, S. 276 f.).

Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelten Quäker-Gemeinschaften in England und Frankreich das »**Moral Treatment**«. Dessen Prinzipien waren hauptsächlich Arbeit, Gebet, Gottesfurcht und das Führen eines möglichst normalen Lebens (vgl. FINZEN 1978; BOCKOVEN 1963).

Ende des 19. Jahrhunderts lebte und arbeitete **E. Bleuler** insgesamt zwölf Jahre mit psychotischen Menschen in einer Abtei in der Schweiz zusammen. Er arbeitete mit ihnen auf dem Feld,

»(...) kochte, aß, schlug Holz, teilte also sein ganzes Leben mit ihnen in einer experimentellen therapeutischen Gemeinschaft, die er in einem alten Kloster in Rhineau gegründet hatte« (PODVOLL 1994, S. 13).

»Es war ein radikales Experiment. Personal und Patienten arbeiteten zum Beispiel gemeinsam in der Landwirtschaft, und geheilte Patienten durften ihre Familien zu sich holen.« (a. a. O. S. 276)

Um 1930 entstanden SULLIVANS (1931a, 1931b, 1943, 1962) erste Arbeiten über junge, akut schizophrene Menschen, die wichtige Aspekte über das Innenleben und sozial begründete Therapiemöglichkeiten psychotischer Menschen enthalten, und aus heutiger Sicht wegweisenden Charakter hatten (vgl. GOLDBLATT 1995a, S. 225; GUNDERSON 1983a, S. 3).

Während und nach dem zweiten Weltkrieg wurde die Idee einer therapeutischen Gemeinschaft als Therapieort für Menschen in psychischen Krisen insbesondere von der amerikanischen und britischen **Armeepsychiatrie** verfolgt (s. Anh. B; vgl. BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 82). Otto Will sieht diese Jahrzehnte als den Zeitraum an, in dem sich innerhalb der Psychiatrie immer mehr die Erkenntnis durchsetzte, dass ein Milieu nicht nur passive, unterstützende und bewahrende Funktionen haben kann, sondern auch zu einer **aktiven, fördernden Macht** werden kann (vgl. GUNDERSON 1983a, S. 3).⁶

Vor allem JONES (1956, 1976, 1978, 1983) galt in den 50er und 60er Jahren als Wegbereiter und Verfechter therapeutischer Gemeinschaften, mit denen er eine Demokratisierung psychiatrischer Abteilungen und den Einbezug von außerhalb der Klinikmauern entwickelten Therapiekonzepten, insbesondere psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen, anstrebte (vgl. MATAKAS 1992, S. 19 ff.). Diese Form der therapeutischen Gemeinschaft hat keinen breiten Einzug in die psychiatrischen Krankenhäuser gefunden. Jones selbst machte eine »Neigung zum Missbrauch therapeutischer Macht«,⁷ welche zu

5 Ibid.

6 Laut Ciompi haben WING et BROWN (1970) nachgewiesen, dass Patienten der verschiedensten Diagnosegruppen unter ungünstigen Milieubedingungen sogar »immer wieder zum selben Bild kommen, das man früher einfach als schizophrenen Defekt missverstanden hat« (CIOMPI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 22).

7 PODVOLL (1994, S. 87) unter Berufung auf: In Conversation with Maxwell Jones, The Bulletin of the Royal College of Psychiatrists 8, Nr. 9 (1984).

altbekannten therapeutischen Aggressionen geführt habe, für das Scheitern der Bewegung verantwortlich. Frank Matakas begründet das Scheitern mit der Angst des Personals vor zuviel direktem Austausch mit den Patientinnen und Patienten. Das in der therapeutischen Gemeinschaft enthaltene demokratische Element hätte eine Anwendung für die klassischen Psychiatrien ausgeschlossen: »Psychotischen Menschen die Gestaltung ihrer sozialen Umwelt selbst zu überlassen, führt zur Bedrohung der psychischen Stabilität des Personals (...).« (MATAKAS 1992, S. 20)

COOPER (1967; ›Villa 21‹), LAING (s. I. 1. 1.) und PERRY (1962, 1974, 1976, 1996a+b; ›Diabasis‹) schufen in den 60er und 70er Jahren therapeutische Gemeinschaften für psychotische Menschen, die unter anderem wichtige Impulse für die Entstehung der Soteria-Häuser und des Burch House (s. Kap. I.–III.) gegeben haben (vgl. auch Anhänge C.–F.). In jüngster Zeit war es das Bestreben der **Sozialpsychiatrie**, »die therapeutisch wirksamen Charakteristika des Milieus zu erfassen und sie als so genannte ›Milieuthherapie‹ zu verdichten« (HEIM 1978, S. 11).

Insgesamt zeigt sich in dieser Zusammenstellung ein **breites Spektrum** unterschiedlichster milieutherapeutischer Einrichtungen (vgl. V. 3.; s. auch Anhänge A.–J.). Gemeinsam ist den meisten dieser Projekte eine **Haltung**, welche die akute Verwirrtheit eines Menschen toleriert und eine überschaubare therapeutische Umgebung schafft, in der ausreichend Zeit für den natürlichen Heilungsprozess jedes Individuums zur Verfügung steht (vgl. WENDT et al. 1983, S. 18). Für PODVOLL (1994, S. 13) ist diese Haltung kein Produkt der jüngeren Geschichte, sondern beruht auf einer langen psychiatrischen Tradition, die heute nicht weit verbreitet ist.

»Vielleicht ist sie überhaupt niemals in Mode gewesen. Es ist eine Tradition, die stets das große Risiko auf sich nahm, alternative Wege bei der Behandlung psychischer Krankheiten einzuschlagen.«

FINZEN (1978, S. 20) sieht milieutherapeutische Ansätze fast immer als **Reaktion** auf unvollkommene traditionelle Ansätze. Die klassischen Psychiatrien, die milieutherapeutische Ansätze aufgegriffen hätten, hätten sich dementsprechend auch positiv weiterentwickelt.

»Die Krankenhäuser befinden sich auf dem Weg von der totalen Institution zu einer menschlichen Gemeinschaft, und damit ist ungeheuer viel gewonnen, auch wenn wir oft nicht viel mehr getan haben, als selbstverständliche menschliche Grundbedürfnisse zu erfüllen.«

Ältere wie aktuelle ›alternative‹ Einrichtungen müssen im Grunde immer um ihr ideologisches und finanzielles Überleben kämpfen. Teils fehlt ihnen die Unterstützung der ideologisch und anteilmäßig vorherrschenden Psychiatrie, teils werden sie von dieser auch aktiv bekämpft (vgl. ADERHOLD 1997; MOSHER 1995, S. 124 ff.; PODVOLL 1994, S. 276).

V. 3. Milieutherapeutische Prinzipien

Es existieren zahlreiche Versuche, die verschiedenen milieutherapeutischen Konzepte hinsichtlich ihrer Wirkprinzipien zu beschreiben und zusammenzufassen (vgl. GUNDERSON et al. 1983; HEIM 1985, S. 4 ff.). Vor dem Hintergrund der Kapitel I.–IV. finden im folgenden Abschnitt die Einteilungen und Thesen von Ciompi und Podvoll besondere Berücksichtigung. F. Matakas Modell mit Betonung der Sinnfindung als therapeutischem

Ziel ist eine weitere interessante Perspektive. John Gundersons Klassifikation liefert die Struktur für Kapitel VI. Zusätzlich werden mir wichtig erscheinende, allgemeine Aussagen über Milieuthherapie festgehalten.

V. 3. 1. J. Gundersons fünf milieutherapeutische Prinzipien

In seiner Analyse der Psychiatriegeschichte sieht Gunderson zunächst **passive** Behandlungsprinzipien, die er zusammenfasst als ›containment‹ und ›support‹ (s. u.). Später seien **aktive** Prinzipien integriert worden: ›structure‹, ›involvement‹ und ›validation‹ (vgl. GUNDERSON 1983a, S. 5 ff.).

- **Containment**⁸ meint die Sorge um die physischen Grundbedürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihre Entlastung von »unzumutbarer Bürde der Selbstkontrolle oder Kontrolle von Omnipotenzgefühlen« (HEIM 1985, S. 4). Der Einsatz von Zwangsjacken, Arresträumen oder Kältepackungen kann bei zeitlich begrenzter Dauer innere Kontrollressourcen verstärken. Wird jedoch, wie in der sog. kusto-dialen Ära der Psychiatrie, dieses Prinzip überbetont, können Hoffnung und Eigeninitiative unterdrückt und Isolationszustände gefördert werden.
»Containment is most important for **incorrigibly assaultive and self-destructive patients** but is also needed for **actively psychotic persons** who are confused and dangerously impulsive. It is **most harmfully overemphasized** when used with chronic schizophrenics for long periods.« (GUNDERSON 1983a, S. 6)⁹
- **Unterstützung** (›support‹) bezieht sich auf die bewusste Anstrengung des sozialen Umfeldes, Patientinnen und Patienten dazu zu verhelfen, sich besser zu fühlen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken. Diese Unterstützung kann in Form von Essen, Zigaretten, Aufmerksamkeit, Begleitung oder auch verbal durch Ratschläge oder Anleitungen geschehen. Das Selbstbewusstsein kann durch Lob und Rückversicherungen gestärkt werden und dadurch, dass Patientinnen und Patienten dazu ermutigt werden, etwas zu tun, das innerhalb ihrer vermuteten Kompetenz liegt.
»Support should be maximized with **frightened and depressed patients**. It can have **harmful effects** when given to **paranoid and borderline patients**, who become frightened or negativistic in this type of setting.« (GUNDERSON 1983a, S. 6)
- **Struktur** (›structure‹) bezieht sich auf die Organisation von Zeit, Ort, Personen und Aktivitäten. »Struktur ermöglicht es dem Patienten, sich im Milieu sicher aufgehoben zu fühlen – weder bedrängt zu sein, noch im Stich gelassen zu werden.« (HEIM 1985, S. 5) Sie soll Patientinnen und Patienten dazu bringen, über die Konsequenzen ihres Tuns nachzudenken und sie daran hindern, dysphorischen Gefühlen und Impulsen nachzugeben. Eine Strukturierung kann vorgenommen werden durch Hierarchien, Privilegien, Uniformen, Namensschilder, Verträge, regulierte Missbilligungen oder Belobigungen, Medikamentenvorschriften, Anordnungen über

8 In GUNDERSON (1978) finden sich drei Prinzipien (control of stimulation, respite or asylum, protection or containment) die in GUNDERSON (1983a) zu einem Prinzip ›containment‹ zusammengefasst werden. In Ermangelung einer treffenden deutschen Übersetzung habe ich den englischen Begriff beibehalten.

9 Hervorhebung in diesem und den folgenden Zitaten aus GUNDERSON (1983a) durch den Autor.

Essens-, Schlaf- und Isolierungszeiten etc. Das Personal kann einseitig Maßnahmen ergreifen oder mit den Patientinnen und Patienten zusammenarbeiten.

»Structure is most useful for **chronic schizophrenic, manic, and impulsive patients**. In fact, it is hard to identify any major patient group for whom too much structure is harmful.« (GUNDERSON 1983a, S. 6)

- **Mitbeteiligung** (>involvement<) zielt auf die Methoden und Geschehnisse, welche Patientinnen und Patienten dazu veranlassen, sich aktiv der sozialen Umwelt zuzuwenden und sich auf sie einzulassen. Mitbeteiligung soll Selbstvertrauen fördern, aversives zwischenmenschliches Verhalten ändern und der Tendenz entgegenwirken, andere etwas für sich selbst tun zu lassen.
»Involvement is particularly valuable for **withdrawn, sociopathic, and nonparanoid schizophrenic patients**. **Actively psychotic patients** are **overstimulated and disorganized** by the demands for community involvement, and **manic patients** are likely to be ostracized in such milieus.« (GUNDERSON 1983a, S. 6)
- **Validation** (>validation<) meint das Ernstnehmen und die Anerkennung der Symptome eines Patienten oder einer Patientin sowie jene Milieuprozesse, welche die Individualität der Betroffenen berücksichtigen. Diese Milieuprozesse können beispielsweise individuelle Therapieprogramme, Diskussionen über Verlust-erfahrungen, Respekt vor dem Recht von Betroffenen, allein zu sein oder Geheimnisse zu haben oder das Akzeptieren von Fehlschlägen beinhalten.¹⁰
»This function requires the milieu to accept incompetence, regressions, and symptoms as meaningful expressions of a person's inner-self – expressions that shouldn't be terminated or ignored but rather appreciated and understood. (...) An emphasis on validation is especially **helpful for paranoid and borderline patients**, but it can be **dangerous for suicidal patients** and may **cause passive or nonverbal patients** to be neglected.« (GUNDERSON 1983a, S. 5 f.)

Diese fünf Prinzipien werden je nach therapeutischem Konzept und dem aktuellen Befinden der Betroffenen unterschiedlich gewichtet (vgl. GUNDERSON 1983a, S. 6). Während einer akuten Psychose stehen meist die Prinzipien Containment, Unterstützung und Validation im Vordergrund, später dann die Prinzipien Struktur und Mitbeteiligung.¹¹

10 Dieses Prinzip wird auch in psychoanalytischen Therapiemodellen betont, vgl. WINKLER (1978, S. 139): »Eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Milieuthherapie ist (...), dass der Patient erst einmal in seinem psychotischen Sosein akzeptiert und ihm die Geborgenheit gewährt wird, deren er bedarf. Jedwede Form von Psychose ist mit Regressionstendenzen, oft genug mit einer Regression in die Situation der frühesten Kindheit, und das heißt auch mit (...) oralen Anspruchshaltungen, u. U. narzisstischen Einstellungen, symbiotischen Tendenzen und auch Omnipotenzphantasien (...) verbunden. Man kann davon ausgehen, dass die Regression häufig auf diejenige Stufe der Kindheitsentwicklung erfolgt, auf der der Patient schwerwiegenden Frustrationen ausgesetzt war. Durch die Milieuthherapie sollte nun dem Patienten die Erfahrung zuteil werden, dass er trotz seiner Regression voll akzeptiert und seine Regression als eine psychodynamisch relevante Tatsache verstanden wird. G. Ammon sieht darin eine »Wiedergutmachung« für das, was an dem Patienten in seiner Kindheit versäumt worden ist.« Vgl. AMMON, G. (1973): Dynamische Psychiatrie. Darmstadt und Neuwied.

11 MOSHER et BURTI (1992, S. 178) haben diesen fünf Prinzipien zu einem späteren Zeitpunkt

Gunderson fordert insgesamt eine möglichst flexible Milieugestaltung um den momentanen Bedürfnissen zu entsprechen.

»An active therapeutic milieu, however, is still not the model hospital environment for psychiatric patients. The vast majority of psychiatric patients are still treated primarily with containment and some supplementary support and/or structure. Such milieus are unquestionably needed and useful, but they are limited by modern standards.« (GUNDERSON 1983a, S. 5 f.)

V. 3. 2. Prinzipien therapeutischer Gemeinschaften nach M. Jones, J. Jørstad und A. Ploeger

Die von M. Jones nach dem zweiten Weltkrieg initiierte therapeutische Gemeinschaft im Belmont Hospital, London, war lange Zeit Vorbild für nachfolgende Projekte. R. Rapoport fasst in seiner Analyse der dortigen Therapieprozesse insgesamt vier Prinzipien zusammen:

- »1. Demokratisierung: Das Aufgeben von Zeichen, die Leute unterscheiden (Uniformen, Titel etc.).
2. Permissivität: Das Tolerieren und Ausagieren von gestörtem Verhalten, um dessen Bedeutung zu verstehen.
3. Realitätskonfrontation: Das regelmäßig realistische, ja sogar brutale Rückspiegeln (Feed-back) dessen, was er soeben getan hat, an den Patienten.
4. Gemeinschaftsleben (communalism): Die Meinung, dass jedermann an allem zu gleichen Teilen beteiligt sei, eingeschlossen die Therapien.« (HEIM 1985, S. 10; vgl. RAPOPORT 1960)

Sehr viele therapeutische Gemeinschaften haben sich seitdem an diesen Leitlinien orientiert (vgl. HEIM 1985; PLOEGER 1978). Beispielsweise J. Jørstad nennt ähnliche Grundsätze für die von ihm initiierten Gemeinschaften:¹²

»Mitarbeit und Mitverantwortung, Mitmenschlichkeit, Verbindlichkeit, Offenheit, das Akzeptieren und Tolerieren von Gefühlen und Symptomen und gute Kommunikation. Aber ebenso wichtig ist, dass man zu sich und seiner Meinung stehen kann, auch wenn man dadurch etwas riskiert.« (JØRSTAD 1978, S. 117)

Ein möglichst **ungezwungenes und spontanes Interagieren** aller Mitglieder, z. B. in täglichen Gemeinschaftssitzungen, bildet die Grundlage des therapeutischen Geschehens. Man geht davon aus, dass sich in diesen Begegnungen, insbesondere in Konflikten, die individuelle Psychodynamik der Individuen zeigt. Es wird versucht, aus diesem Verhalten in der Gruppe Rückschlüsse auf Gefühle, Einstellungen, unbewusste Beweggründe und Motive der einzelnen Mitglieder zu ziehen. Bei Konflikten wird eine Konfliktklärung und Konfliktlösung angestrebt.

»Konfliktlösung führt zu verbesserter sozialer Kompetenz – verbesserte soziale Kompetenz trägt zur Konfliktlösung bei.« (E. Cumming zitiert nach HEIM 1985, S. 4)

Ziel der Therapie ist die Stabilisierung und Reifung aller Mitglieder und eine größere

noch drei weitere hinzugefügt: Sozialisation, Zusammenarbeit oder Austausch, Planen.

12 Jørstad war Chefarzt einer Abteilung der psychiatrischen Klinik in Oslo, die über viele Jahre eine Pionierabteilung in Norwegen darstellte, da sie dort als Erste die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft einführte.

Befähigung zur eigenständigen und konstruktiven Bewältigung ihrer Probleme.¹³ Die Gemeinschaft ist bewusstes therapeutisches Mittel zur Erreichung dieses Ziels. Die Therapie im ›Inneren‹ beruht auf einem psychoanalytischen, die im ›Äußeren‹ auf einem soziologischen Therapiekonzept. »Beide verbinden sich im Begriff der ›Interaktion‹ (...).« (PLOEGER 1972, S. 117).

Um den Mitgliedern eine **offene Kommunikation** und ein **freies Entfalten** zu ermöglichen, muss eine therapeutische Gemeinschaft »institutionell ›minimal‹ strukturiert« (PLOEGER 1978, S. 71) und ein »demokratisches Sozialsystem« (a. a. O. S. 72) sein. Die Gruppentherapie kann ergänzt werden durch weitere Therapiemethoden, z. B. Einzelpsychotherapie. Der Arzt in der therapeutischen Gemeinschaft ist »nicht der omnipotente Heilbringer, wie in der übrigen Medizin, sondern ein Mitarbeiter des Patienten an der gemeinsamen Sache der Heilung« (PLOEGER 1972, S. 117).¹⁴ Die therapeutischen Gemeinschaften, die sich als Übergangseinrichtung verstehen, streben eine Ablösung der einzelnen Mitglieder gegen Ende des Aufenthaltes an. Nach Ansicht von Jørstad sollte sich eine therapeutische Gemeinschaft in **einem fortlaufenden Änderungs- und Entwicklungsprozess** befinden.

»Es muss ein offenes und darf kein geschlossenes System sein. Wir dürfen uns nie zurücklehnen im Glauben, wir hätten die Wahrheit gefunden. Wir, die in einer solchen therapeutischen Gemeinschaft arbeiten, werden selbst Modelle für Patienten und für einander, und in diesem Sinn müssen wir auch gewillt sein, uns zu ändern, um unterwegs ständig neue Erfahrungen zu sammeln.« (JØRSTAD 1978, S. 130)

V. 3. 3. L. Ciompis milieutheraeutische Vorstellungen

Ciampi hat ein **Zuordnungssystem** entwickelt, welches ungünstige Milieueinflüsse mit Verhaltensweisen, Denken und Fühlen schizophrener Menschen in Beziehung setzt und gleichzeitig therapeutische Bedingungen herleitet. Das Ergebnis (Tab. 3, S. 128) ist für ihn »(...) verblüffend: Fast die gesamte Psychopathologie schizophrener Zustände, akuter wie chronischer, taucht in dieser Zusammenstellung auf. Auch von dieser Seite her drängt sich die Vermutung auf, dass viele Symptome, viele Verhaltensweisen der Schizophrenen umgebungsbedingt (oder doch zumindest durch Umwelteinflüsse induziert und amplifiziert) sind« (CIOMPI 1994, S. 364).

13 Vgl. GUNDERSON et CARROLL (1985, S. 155): »PAUL et LENTZ (1977) haben nachgewiesen, dass soziale Lernerfahrungen aufgrund verhaltensändernder Techniken so weit internalisiert werden, dass ein unabhängiges Fortwirken über das Behandlungsende hinaus möglich wird. Damit liegt die Annahme einer inneren Veränderung als Folge von Verhaltensänderungen nahe (...), ›von außen nach innen‹.«

14 Vgl. LUDEWIG (1996, S. 60) »Fast man psychiatrische Hilfestellung als kommunikativen Prozess auf, der von allen Beteiligten getragen wird, geht man in Abstand zu der alleinigen Betrachtung des Kranken und der Krankheit – eine alte hippokratische Forderung! Die Anlässe, die das Tätigwerden in der Psychiatrie auslösen, sind dann nicht mehr Krankheiten (...), sondern zwischenmenschliche Prozesse, an deren Gestaltung der Helfer maßgeblich und untrennbar beteiligt ist. Diese Betrachtungsweise lässt sich prinzipiell auf alle Aspekte psychiatrischen Tuns anwenden, und sie bietet den konzeptionellen und pragmatischen Vorteil einer phänomengerechten und nicht reduktionistischen Bestimmung der Phänomene, die das psychiatrische Tun konstituieren.«

Aufgrund der Ergebnisse verschiedener Wissenschaftsdisziplinen, u. a. der System- und Kommunikationswissenschaften, sei man mit dieser Übersicht »offensichtlich beim Wesentlichen« (a. a. O. S. 364) angelangt. Kurzgefasst ist danach all das therapeutisch gut, was in einer Kommunikation die Transparenz und Eindeutigkeit der Beziehung fördert. Therapeutisch schlecht ist all das, was das Gegenteil bewirkt. Ciompi schränkt allerdings die Aussagekraft seiner Übersicht ein, indem er sagt, dass »indessen die Dinge in Wirklichkeit doch nicht so einfach sind« (a. a. O. S. 364). Er verdeutlicht dies an dem Verhältnis zwischen dem therapeutischen Personal und den Patientinnen und Patienten. Dieses Verhältnis beinhalte eine professionelle und eine solidarische Dimension gleichzeitig. In der professionellen Dimension würden die **Unterschiede** zwischen den Gruppen deutlich:

»Schizophrene sollen wissen und merken, woran sie sind mit ihrem Partner, was der andere will und nicht will, ist und nicht ist, denkt oder nicht denkt, fühlt oder nicht fühlt. So ist der Therapeut (der Arzt, der Sozialarbeiter, die Schwester, der Pfleger) eben der Therapeut, er hat seine ganz bestimmte Identität, seine ganz bestimmte Rolle, und der Patient hat eine andere: Der Therapeut ist Helfer von Beruf und wird dafür bezahlt, der Patient dagegen zahlt und bekommt dafür Hilfe (...). Jeder ist eindeutig Mann oder Frau, jung oder alt, dick oder dünn, er kommt von hier oder von dort (...), es sind nicht ›alle gleich‹.« (a. a. O. S. 360)

In der solidarischen Dimension hingegen geht es um **Gemeinsamkeiten**:

»Zugleich ist aber auch das Gegenteil richtig, und dies soll dem Patienten ebenfalls unmissverständlich deutlich gemacht, das heißt gesagt und ›getan‹ (durchs Tun verständlich gemacht) kurz, ihm auf alle nur möglichen Weisen *mitgeteilt* werden: Er ist *nicht* (nur) krank, *nicht* anders, *nicht* weniger gut, weniger verantwortlich, weniger reif, weniger wert etc. als ich; was er denkt, fühlt, sagt, tut, ist alles auf seine Weise genauso wahr, genauso richtig, so stimmig wie das, was ich selber denke und meine; (...) – in allem Wesentlichen ist er wie ich und ich bin wie er.« (a. a. O. S. 360)

Die zwischenmenschliche Leistung besteht für Ciompi in der gleichzeitigen Berücksichtigung beider Dimensionen:

»Mit anderen Worten, der Umgang mit dem schizophrenen Patienten (mit *jedem* Patienten, ja, in Wirklichkeit mit jedem Partner) ist eine hohe Schule des Umgangs mit zwei Gegen-Teilen: mit der eigenen Selbstbehauptung und der des anderen.« (a. a. O. S. 361)

Pathologische versus therapeutische Milieueinflüsse

Pathologisches Milieu (z. B. Familie, Institution) Psychoopathologische Störungen beim Patienten Optimales therapeutisches Milieu

Spannung, Angst, Unruhe, zu viele Stimuli	Spannung, Angst, Erregung; produktiv-psychologische Symptome	Entspannung, Ruhe, Sicherheit, Gelassenheit; Reduktion von Stimuli
Komplexe, unklare, unübersichtliche Umgebung;	Derealisation;	Einfache, klare, übersichtliche Umgebung;
Anonymität; zu viel Wechsel, Großgruppe	Verwirrung	Personengebundene Atmosphäre, wenig Wechsel, Kleingruppe
Labilität, Diskontinuität, Unberechenbarkeit;	Labilität, Sprunghaftigkeit, Inkonsistenz;	Stabilität, Kontinuität, Verlässlichkeit;
Unfähigkeit, Aufmerksamkeitsfokus zu teilen	Unaufmerksamkeit, Zerstreuung	Klare Fokussierung der Aufmerksamkeit
Misstrauen, Devalorisierung, Intoleranz;	Misstrauen, Spannung, Ärger, Wut, niedriges Selbstwertgefühl;	Vertrauen, Validierung von Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen, Toleranz;
Verständnislosigkeit, Kälte, Gleichgültigkeit, fehlendes Engagement	Enttäuschung, Dysphorie, affektiver Rückzug, Verflachung	Verständnis, Wärme, Unterstützung, Engagement, Dialog, Erklärungen
Symbiotisch-narzisstische Beziehung, erzwungener Konsens, Verleugnung von Unterschieden, »Pseudomutualität«;	Unschärfe Ichgrenzen, Überempfindlichkeit, Konfliktunfähigkeit, Verneinung, Verleugnung;	Klare Demarkation der Personen, Anerkennung von Unterschieden in Meinungen, Gefühlen, Verhalten;
Irrationalität, Mystifizierung, Vagheit, Zweideutigkeit, Unklarheit;	Irrationalität, Unklarheit, Vagheit, Verzerrung;	Rationalität, Klarheit, Eindeutigkeit;
Widersprüchliche Ge- und Verbote (double-bind), »unmögliche Mission«, widersprüchliche, implizite Erwartungen	Ambivalenz, Denk- und Fühlstörungen, Inkohärenz, Wahn, Halluzinationen	Eindeutigkeit von Ge- und Verboten, realistische, eindeutige, explizite Erwartungen
Infantilisierung, Abhängigkeit, mangelnde Verantwortung	Regression, Infantilismus, Abhängigkeit, Inkompetenz	Autonomisierung, Verantwortlichkeit, Vertrauen
Rigidität, stereotype Rollen;	Rigidifizierung, stereotypes Verhalten, Manierismen;	Beweglichkeit, Rollenflexibilität;
Stimulationsarmut, Geschlossenheit, intellektuelle und affektive Enge	Gleichgültigkeit, Passivität, affektiver Rückzug, Verflachung, Einengung	Intellektuelle und affektive Stimulation, Offenheit, Weite

Tab. 3 aus Ciompi (1994, 365 f.)

V. 3. 4. E. Podvolls Vorstellungen über therapeutische Gemeinschaften

Aufgrund seiner Erfahrungen mit therapeutischen Gemeinschaften betont Podvoll, dass es neben äußeren Faktoren wie Sitzungen, Strukturen und Plänen weiterer **Bindungsfaktoren** bedarf, welche die Mitglieder auf einer geistig-sozialen Ebene miteinander verbinden. Der wichtigste Bindungsfaktor ist für ihn geistig-spiritueller Natur. Grundlegende Voraussetzung wirklichen Gemeinschaftslebens ist eine **Spiritualität**, die eine »Preisgabe des Ich-Terrains und das Sich-Öffnen für das Erleben anderer« (PODVOLL 1994, S. 395) beinhaltet. Diese Spiritualität ist nicht notwendigerweise unkörperlich, ätherisch oder metaphysisch.

»Die Spiritualität einer Gemeinschaft, die versucht, produktiv und kreativ zusammenzuleben, ist etwas sehr Irdisches. (...) Oben habe ich das als Praxis der Arbeit im Haushalt und der Basisbetreuung geschildert. Sie wird dort (...) unter den Aspekten der Synchronisation von Körper und Geist, der Geistesgegenwart und Beruhigung der Gedankenabläufe beschrieben (...).« (a. a. O. S. 394)

Die entscheidende Wirkung dieser Spiritualität liegt in der »Zähmung des Ich« (a. a. O. S. 394).

»Und genau das brauchen unsere Patienten, denn die Wurzel ihrer Schwäche liegt im Ich, in der Geschwindigkeit des Denkens im manischen Bewusstsein, wodurch sie während des ganzen Heilungsprozesses besonders verletzlich sind.« (a. a. O. S. 394)

Im Windhorse-Projekt kristallisierten sich vier weitere Bindungsfaktoren heraus, welche den spirituellen Entwicklungsweg einer Gemeinschaft gewährleisten.

- **Arbeit** meint die notwendigen Tätigkeiten zur Aufrechterhaltung eines Haushalts.
- **Praxis** beinhaltet Methoden, mit denen man an seinen eigenen Empfindungen und Gedanken arbeitet, um seine gesamte innere Welt zu erfahren, beispielsweise durch Meditation (s. IV. 4.).
- **Studium** meint intellektuelle Anstrengungen und Lernen in Supervisionsgruppen.
- **Natürliche Rangordnung** berücksichtigt eine menschlich-fachliche Autorität, die nicht immer auf demokratische Prinzipien Rücksicht nehmen kann:

»(...) keine Gemeinschaft kann ohne Lehrer und Älteste existieren, die die in der Gemeinschaft gewonnenen Erkenntnisse weitergeben und den Nachwuchs zu Lehrern ausbilden. Nur dadurch bleibt eine Gemeinschaft lebendig und besteht auch über das Leben der Lehrer hinaus fort.« (a. a. O. S. 399)

Windhorse-Gemeinschaften fühlen sich nicht nur dem Wohlergehen der Patientinnen und Patienten verpflichtet, sondern auch dem ihrer Familien, dem jedes Team-Mitglieds und dem der gesamten therapeutischen Gemeinschaft. »The traditional meaning of a healing community resides in this wide-ranging intention.« (FORTUNA 1995, S. 171)

V. 3. 5. F. Matakas milieutheraeutische Vorstellungen

F. Matakas Therapiekonzept beruht auf einer **Kombination aus psychoanalytischen und systemtheoretischen Ansätzen**. Im Vordergrund aller therapeutischen Bemühungen steht das bewusste Einlassen auf einen psychotischen Menschen mit dem Ziel, dass er **den Sinn seines psychotischen Erlebens erkennt** und sich den Therapeutinnen und Therapeuten und dem von ihnen vertretenen Konzept anvertraut.¹⁵

›Sinn‹ ist für Matakas das, was psychische und soziale Systeme integriert. Er verdeutlicht dies an dem Sinn von neurotischen und psychotischen Verhaltensweisen. Der Sinn eines neurotischen Symptoms liegt für ihn darin, einen unbewussten psychischen Konflikt lebendig und gleichzeitig versteckt zu halten. Bei einer Depression kann beispielsweise ein verlorenes Objekt nicht losgelassen werden. Die Grundlage des Selbst basiert damit gleichsam auf einer unrealistischen Tatsache, weil permanent etwas integriert wird, was längst verloren wurde.

»Im Fall der Schizophrenie wird in das Selbst integriert, was eigentlich Objekt ist, oder es wird als Objekt genommen, was dem Selbst angehört. Die Anerkennung der wahren Tatsachen bedroht darum im Fall der Psychose das Selbst durch Suizid oder Desintegration.« (MATAKAS 1992, S. 171)

Der Sinn psychopathologischer Symptome ist letztlich eine Gewährleistung der Integration des Selbst, die allerdings konflikthaft ausgestaltet ist: Bei der Neurose bleibt ein Widerspruch im Selbst, bei der Psychose bleibt ein Widerspruch zur Realität. »Das psychotische Symptom verweist so wie das neurotische auf den Konflikt. Das ist der Sinn, den er verbirgt.« (a. a. O. S. 171)

Eine Therapie dürfe folglich nicht allein das abweichende Verhalten fokussieren. Ein solches Vorgehen könne leicht neue Pathologien hervorrufen. Adäquates therapeutisches Handeln verlange neben der Bemühung um einen gemeinsamen Weg eine Reflexion der Entstehungsbedingungen einer Psychose und daraus abgeleitet eine **Kenntnis oder zumindest eine Vermutung über den Sinn des psychotischen Erlebens und Verhaltens** für den betroffenen Menschen. Davon ausgehend sollten das Stationsmilieu und die Beziehungen des psychotischen Menschen **individuell** so gestaltet werden, dass sein abweichendes Verhalten ernst genommen wird und er irgendwann seine psychotische Sinngebung nicht mehr braucht.

»Das Personal soll die primäre Aufgabe der Patienten bestimmen und angemessene Möglichkeiten schaffen, dass daran gearbeitet werden kann. Die Konstitution von Behandlungssystemen optimiert, was an sich unwahrscheinlich ist, nämlich abweichendem Verhalten einen Sinn zu geben. Das heißt nicht, eine paranoide Verkennung in Realität umzumünzen, sondern die damit verbundene Angst und das Gefühl der Verfolgung ernst zu nehmen. Die in dem Symptom enthaltene Wahrheit ist verzerrt. Paranoide Verkennung ist ein Zeichen von Verrücktheit. Aber es gibt eine Wahrheit in dem Gefühl der Bedrohung, wie verborgen auch immer.« (MATAKAS 1992, S. 172)

15 Verbindungen dieses Ansatzes gibt es zu Gundersons Prinzip der Validation (vgl. V. 3. 1.), zur systemimmanenten Gesprächsführung (vgl. VI. 2. 1. 2.) und zu Laings existenziell-phänomenologischem Ansatz (vgl. I. 1. 1.). Eine Umsetzung dieses Ansatzes geschieht in der von Prof. Matakas geleiteten Tagesklinik Alteburger Straße, Köln.

Die **Aufgabe des therapeutischen Personals** im Krankenhaus besteht also darin, mit allem was der Patient oder die Patientin tut und alles, was man über ihn oder sie weiß, **möglichst so umzugehen, dass es für den Patienten bzw. die Patientin Sinn macht.**

»Das hört sich abstrakt an, ist aber eine konkrete Handlungsanweisung mit einem anspruchsvollen Ziel. Es bedeutet, dass uneingeschränkt alles, was der Patient im Krankenhaus an Informationen liefert, was und wie er reagiert, welche Reaktionen des therapeutischen Personals er auslöst – psychische, therapeutische, administrative –, Facetten des Patienten sind, der als die Persönlichkeit dahinter erkannt sein will. Diese Integrationsleistung des therapeutischen Personals, und nichts anderes, wäre – so verstanden – die Therapie. Praktisch mag das kaum je vollkommen realisierbar sein, aber es kann doch die leitende Idee sein.« (a. a. O. S. 17 f.)

Des Weiteren müssten sich Therapeutinnen und Therapeuten darüber im Klaren sein, dass Unsicherheiten über den Effekt einzelner Maßnahmen, soziale Bedingungen der Patienten und der Institution, psychische Implikationen der Psychose und andere Faktoren Teil der Therapie sind. Eine gemeinsame Besprechung dieser Faktoren mit den Patientinnen und Patienten sei die Voraussetzung dafür, dass niemandem die Verantwortung für sein Leben genommen würde.

V. 3. 6. Allgemeine Aussagen über Milieuthérapie

Die folgende Auflistung zeigt verschiedene Perspektiven, aus denen man milieuthérapeutische Prozesse beleuchten kann, und dokumentiert therapeutische Erfahrungen.

- Für FINZEN (1978, S. 19) können milieuthérapeutische Konzepte **nicht ideologiefrei** sein.
 - »Sie können sich nur in mehr oder weniger deutlicher Übereinstimmung mit den herrschenden Weltanschauungen und der herrschenden sozialen Ordnung befinden, und sie können ihre Ziele und Mittel mit mehr oder weniger Rigorosität anwenden.«
- Durch die milieuthérapeutische Literatur zieht sich laut Matakas ein **roter Faden** als die Idee,
 - »(...) dass das soziale Milieu des Krankenhauses in seiner Basisstruktur der normalen Gesellschaft möglichst gleichen soll« (MATAKAS 1992, S. 21).
- FINZEN (1978, S. 21) und Jones trennen scharf die **individuellen Fähigkeiten** und subjektiven Überzeugungen der Therapeutinnen und Therapeuten von den **strukturellen Bedingungen** und der Organisation des therapeutischen Rahmens (Tagesablauf, Gruppensitzungen, etc.).
 - »Ich glaube, dass die soziale Institution, in der man arbeitet – d. h. Klinik oder Abteilung oder Übergangsheim –, ein ebenso bedeutender Faktor für eine Veränderung im Befinden der Patienten ist wie die individuellen Fähigkeiten (Psychoanalyse etc.), die wir als Fachleute besitzen. Mit anderen Worten: die ›Genesung‹ eines Patienten kann durch die sozialen Kräfte seiner Umgebung genauso bestimmt werden wie durch bestimmte Behandlungsmethoden.« (JONES 1978, S. 24)¹⁶

16 GOFFMAN (1973, S. 147) kommt in seiner umfangreichen Analyse der Situation psychiatrischer Patienten zu einem ähnlichen Ergebnis. Er postuliert unter anderem, »(...) dass das Selbst nicht nur aus den Interaktionen seines Trägers mit für ihn relevanten Andere besteht, sondern auch aus den Arrangements, die eine Organisation für ihre Mitglieder entwickelt.«

- TUCKER (1983, S. 37) und ALMOND (1983, S. 136) unterstreichen, dass **verschiedenartige Milieus** notwendig für sind für **verschiedene Patientinnen und Patienten** und für **unterschiedliche Therapieziele**. Für CIOMPI (1994, S. 346 f.) steht man erst am Anfang einer Entwicklung, verschiedenen Krankheitszuständen das jeweils optimale Milieu zuzuordnen.
- Jones hat sein Konzept der therapeutischen Gemeinschaft erweitert zu einem sog. **›offenen System‹**, welches gegenseitige Kommunikation und Austausch, Vertrauensbildung, Gruppenentscheidungen, soziales Lernen und Wachstum beinhaltet. Ein solches System habe seine eigene Dynamik und könne versteckte Potenziale aller Mitglieder ansprechen.
 »Gewisse Leute anerkennen eine Behandlungsmethode, generell Milieutherapie genannt. Ich denke jedoch lieber an eine Sozialstruktur, die eine Ergänzung zu anderen Behandlungsmethoden – z. B. Psychotherapie und Somatotherapie – darstellt. Auch scheint mir der Ausdruck ›soziales Lernen‹ passender zu sein, da dieselben Grundkonzepte der Systemtheorie sich auch auf andere Sozialorganisationen wie Schulen, Kirchen, Fabriken, etc., anwenden lassen.« (JONES 1978, S. 26 f.)

V. 4. Therapeutisches Personal¹⁷

Das therapeutische Personal gibt den ersten Anstoß für die Realisierung der jeweils angestrebten therapeutischen Prinzipien. Inwieweit die Prinzipien auf Dauer umgesetzt werden können, hängt sowohl vom therapeutischen Personal als auch von den Patienten selbst ab. Jørstad beschreibt folgende **Hauptaufgaben** der Milieutherapeuten:

- »1. *authentische Personen zu sein*, d. h. Personen zu sein, die es wagen, eigene Meinungen zu haben, aber auch eigene Gefühle zu zeigen, wie auch anderen zuhören zu können,
2. *mit den Patienten zusammen zu sein*, d. h. ein lebendiges und anregendes Milieu zu repräsentieren, sowohl mit den Patienten zusammen wie in der Beziehung zu ihnen,
3. *mit den Patienten zusammenzuarbeiten*, d. h. den Tag so zu organisieren, dass ein Teil der Zeit für die Zusammenarbeit bei sinnvollen Aufgaben ausgenutzt wird.« (JØRSTAD 1978, S. 118)

Um dies tun zu können, müsste eine **milieutherapeutische Ausbildung** bestimmte Eigenschaften stärken und entwickeln:

- »1. größere Einsicht und Geborgenheit bezüglich eigener Impulse und Bedürfnisse, da dadurch Angst und Irrationalität reduziert werden und die Toleranz für andere wächst, besonders wichtig halte ich diese Eigenschaft für den Umgang mit Psychosen, Tod und Sexualität,
2. erhöhtes Gefühl oder Sinn für zwischenmenschliche Prozesse,
3. größere Fähigkeit, die eigene Person in der Auseinandersetzung mit anderen einzusetzen,

¹⁷ Das Eingehen auf JØRSTADS (1978) Aufsatz möge als Hauptbestandteil dieses Abschnitts reichen. Inhaltlich ähnliche Aussagen finden sich in JONES (1978, S. 26 ff.) und GUNDERSON (1983a, S. 9).

4. größere Fähigkeit, Gefühle zu verbalisieren,
5. mehr Kenntnisse über psychodynamische und soziale Prozesse.« (JØRSTAD 1978, S. 118 f.)

Milieuthérapeutinnen und -therapeuten müssten also zur **persönlichen Weiterentwicklung** bereit sein, damit eine milieuthérapeutische Ausbildung überhaupt fruchten kann.¹⁸ Regelmäßige Supervisionen würden eine emotionale Eigenerfahrung ermöglichen, ähnlich den Lehranalysen in der Psychoanalyse. Milieuthérapeuten und -therapeutinnen würden sich Patientinnen und Patienten oft fragend und psychologisierend gegenüberstellen oder Zweierbeziehungen eingehen ohne genügend Planung und Rückmeldung zum Team. Jørstad verdeutlicht Supervisionsarbeit an einem Beispiel:

»Ein junger Student merkt in seinem Kontakt mit einem jungen schizophränen Mädchen, dass er sie gut verstehen kann. Da er ihren Gedanken und Vorstellungen so gut folgen kann, bekommt er gleichzeitig Angst und denkt, er könnte ja selber schizophran sein oder werden. Als er von seinem Erlebnis während einer Teamversammlung erzählt, erfährt er aber, dass mehrere seiner Kollegen ähnliche Erlebnisse gehabt haben und dass es nicht ungewöhnlich sei, sich mit einem Patienten zu überidentifizieren. Der Supervisor sagt auch, dass einige Patienten, wie zum Beispiel dieses Mädchen, eine Art Grenzauflösung oder eine Identitätsdiffusion zwischen sich und anderen hervorrufen könne. Dies sage wahrscheinlich etwas über die mangelnden Grenzen der symbiotischen Beziehung zwischen ihr und ihrer Mutter aus. Gleichzeitig erwähnt er, dass das Identifizieren mit einem Patienten eine wichtige Voraussetzung für die Kontaktaufnahme sei. Nur die Erfahrung lehrt einen, die Balance zwischen Abstand und Nähe zu finden, und nur die Erfahrung lehrt einen, inwieweit man sich mit dem Patienten identifizieren darf.« (a. a. O. S. 121 f.)

Dieses Beispiel zeigt, wie ein **Lernprozess** stattfinden kann durch Akzeptanz von Seiten des Teams und durch eine Verallgemeinerung des aktuellen Angst machenden Erlebnisses in der Supervision. Zugleich werden Begriffe wie Überidentifizierung, Identitätsdiffusion und Symbiose nicht nur theoretisch abgehandelt, sondern selbst erlebt (vgl. a. a. O. S. 122).

V. 5. Risiken milieuthérapeutischer Ansätze

Milieuthérapeutische Ansätze und therapeutische Gemeinschaften bergen eine ganze Reihe von Risiken in sich, welche sich unter anderem aus ihrer häufig **exponierten Situation** und daraus ergeben, dass ein **Einlassen auf intensive zwischenmenschlich-therapeutische Beziehungen** potenziell förderlich wie hemmend sein kann.¹⁹

18 »Erst wer einsieht, dass man soziales Verhalten lernen kann, macht gerne mit. Und erst, wenn alle diesen Lernprozess bejahen, nähern wir uns einer Therapieform, in der Kritik als positiver Faktor zur inneren Reife führt und nicht als Negativum taxiert wird, dem man auszuweichen versucht.« (JONES 1978, S. 30)

19 Zunächst werden Aussagen über Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Es folgen Meinungen über das therapeutische Personal, interaktionelle Probleme und allgemeine Risiken.

»Es gibt keine wirksame Therapie ohne Nebenwirkung. Das gilt gewiss auch für milieutheraeutische Arbeit. (...) Die gezielte Gestaltung von Milieu kann therapeutisch oder antitherapeutisch wirken, sie ist darum noch keine Heilbehandlung.« (FINZEN 1978, S. 21)

- Schizophrene Menschen können durch Erwartungen an sie und durch Milieubedingungen sowohl **unter- als auch überfordert** werden. Laut GUNDERSON et CARROLL (1985, S. 144) würde man in aktiven therapeutischen Gemeinschaften Patientinnen und Patienten finden, die aktiv an den Gruppenprozessen teilnahmen, als auch solche, die aufgrund ihrer Passivität und Zurückhaltung ausgeschlossen seien und eine homogene Umgebung bräuchten. FINZEN (1978, S. 21) möchte sichergehen, dass in milieutheraeutischen Projekten keine neuen Hospitalismustformen begünstigt werden. Von Seiten der Patientinnen und Patienten kann es andererseits auch **zu hohe Erwartungen** an das milieutheraeutische Personal geben.
- Seelisch-geistige Krisen beinhalten sowohl die Möglichkeit persönlicher Weiterentwicklung als auch das Risiko, sich gegenseitig mit Angst und Verwirrung anzustecken. Je enger der Austausch zwischen Menschen ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für einen der beiden Wege. Für Jørstad kehren Krisen mit einer gewissen Regelmäßigkeit immer wieder.

»Sie können von der Patientenseite ausgelöst werden (...). Sie können aber auch im Team durch ernste Konflikte und Auseinandersetzungen entstehen. Diese werden durch zu viele neue und unerfahrene Mitarbeiter herbeigeführt, oder das Team ist einfach übermüdet und überarbeitet.« (JØRSTAD 1978, S. 123 f.)
- Milieutheraeutische Projekte können als Deckmantel fungieren, hinter dem Patientinnen und Patienten **bevormundet** und ihre sozialen Beziehungen **manipuliert** werden. J. Chamberlin²⁰ und E. Podvoll warnen vor Machtmissbrauch und falschen Versprechungen.

»Power remained in the hands of the administrator, although everyone would be told that the group was free and open. (...) As we have seen, ›therapeutic communities‹ commonly mislead patients about the distribution of power within the ›community‹.« (CHAMBERLIN 1988, S. 136 ff)

»Die Erfahrung lehrt, dass kein Programm, Projekt, Krankenhaus und keine therapeutische Gruppe gegen den spontanen Ausbruch der Anstaltsmentalität vollständig gefeit ist. Als Erben der Vergangenheit übernehmen wir unbewusst die Methode, viele Menschen gemeinsam an einem Ort zu behandeln. Anstaltsmentalität ist eine Geistesverfassung, in der man Macht über andere ausübt, in diesem Fall ›therapeutische Macht‹.« (PODVOLL 1994, S. 87)
- MATAKAS (1992, S. 21 f.) sieht die Gefahr, dass die **Anpassung an gesellschaftliche Normen** implizit als Therapieziel vorausgesetzt wird, ohne dass diese hinterfragt werden. Wenn auch nicht immer explizit ausgesprochen, kann ›Normalität‹ das eigentliche Klassenziel sein:

»Therapie erhält so die Bedeutung, dass es darum geht, normale Regeln menschlichen

20 J. Chamberlin ist eine der bekanntesten Vertreterinnen der amerikanischen ›Empowerment‹-Selbsthilfebewegung.

Miteinanders durchzusetzen. Darum sagte *Jones* (...), Psychiatrie ist ›soziales Lernen‹. *Foudraire* (...) nannte seine Station in Chestnut Lodge ›Lebensschule‹ und *Bettelheim* (...) sein Krankenhaus ›orthogenic school‹. Behandlung wird so zur Unterrichtung. Im Grund sind wir damit wieder bei *Pinel* und *Tuke* angelangt. Der psychisch Kranke soll in einer durch Vernunft, Achtung und vielleicht auch Liebe geprägten Umgebung lernen, seinen Wahnsinn zu beherrschen und vernünftig zu sein wie alle anderen auch. Der Patient soll nicht Allmacht halluzinieren, nicht fressen wie das Vieh und sich nicht frei fühlen von den Regeln der sozialen Anpassung. (...) Das Mittagessen ist auch eine Veranstaltung, in der der Patient lernen soll, mit Anstand seine Triebe zu beherrschen. Die Besprechungen zwischen Personal und Patienten etablieren Regeln der Interaktion, in denen vorgegeben wird, was als normal zu gelten hat.« (vgl. Anhänge B. und I.)

- Menschen die Möglichkeit zu geben, ihre soziale Regression zu durchleben, kann beim therapeutischen Personal zu unerträglichen Zuständen führen. *MATAKAS* (1992, S. 18) bezeichnet dies als »**das milieuthераpeutische Dilemma**« (Hervorh. d. d. Autor). Eine annehmende Haltung setze voraus, dass Patienten ein sehr großer Gestaltungsraum zur Verfügung stehe.

»Eine solche Haltung scheint aber im Umgang mit schwerer gestörten, wie etwa psychotischen Patienten nicht möglich. Nicht der Unordnung wegen, die entstünde, sondern weil die Angst, die freigesetzt würde, unbeherrschbar erscheint (...); denn die Pathologie der Patienten, zu der das szenische Arrangement, das Agieren, gehört, hat keinen Raum zur Entfaltung (...).« (*MATAKAS* 1992, S. 22)

- *JØRSTAD* (1978, S. 123) ist der Meinung, dass milieuthераpeutische Arbeit grundsätzlich anfällig sei für **destruktive Elemente** und **Irrationalität**. Auch müsse das therapeutische Team darauf achten, sich nicht in ›Spiele der Patientinnen und Patienten‹ verstricken zu lassen. Er verdeutlicht eine solche Situation und ein mögliches therapeutisches Vorgehen:

»Ich werde nie eine hospitalisierte Patientin mit einer ernsthaften schizophrenen Psychose vergessen, die ich schon vor Jahren psychotherapeutisch zu behandeln versucht hatte. Immer wieder hatte diese Patientin dramatische Flucht- und Suizidversuche unternommen, aber jedes Mal wurde sie im letzten Moment gerettet. Die allgemeine Furcht vor ihren Impulsen wandelte die Abteilung in eine geschlossene, gefängnisähnliche Institution um, und die Mitarbeiter wurden mehr Wächter als Behandelnde. Im Team merkte man eine gewisse Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit.

Nachdem die Patientin erneut einen ernst gemeinten Suizidversuch gemacht hatte, verlor ich nach monatelanger Geduld während einer Therapiestunde die Fassung. Ich sagte ihr offen und direkt, was ich im Moment fühlte, und zeigte ihr wohl auch, wie verdammt enttäuscht und wütend sie mich machte. Auch versuchte ich ihr klarzumachen, wie ihre Handlungen von der Umgebung erlebt würden. Ich sagte ihr, dass wir keine Möglichkeit hätten, sie vom Suizid abzuhalten, wenn sie darauf insistieren würde. Niemand auf der Abteilung vermöge weiterhin ihr ›Spiel‹ mitzumachen, aber, wenn sie sich für ihr Leben entscheide, würden das Team und ich ihr weiterhin beistehen. Gleichzeitig zogen wir die Konsequenzen unserer geänderten Haltung dadurch, dass wir in der bis dahin ihretwegen geschlossenen Abteilung die Türen öffneten. Dieses Ereignis zeigte sich später als Wendepunkt im ganzen Milieu und auch in ihrer Therapie. Plötzlich vermochte sie sich selbst von außen zu sehen, und nach diesem Tag ha-

ben sich ähnliche Ereignisse nie mehr begeben. Heute ist sie beruflich voll tätig und schlägt sich gut durch. (...)

Ein Teil der Erklärung ist natürlich, dass wir sehr lange mit ihr gearbeitet hatten und dass sie unser Engagement und unsere Geduld auf vielen Gebieten kennen gelernt hatte. Aufgrund dieser Voraussetzung konnte sie auch meine Wut als berechtigt und echt erleben und als gegen ihre Handlungen und nicht gegen ihre Person gerichtet. Eine andere wichtige Voraussetzung war auch, dass wir uns im Team mit dem Problem lange auseinander setzten und dass alle sich in unserem Verhalten einig waren.« (a. a. O. S. 124)

- Positive wie negative Reaktionen auf ein milieutheraeutisches Projekt und auch ein selbst auferlegter oder von außen bestehender Druck, traditionellen Therapieformen mindestens gleichwertig zu sein, können beim therapeutischen Team sowohl schnell zu einer **Idealisierung** als auch zur **Frustration** führen.
 - »Die unvermeidlichen Probleme der Patientenbetreuung oder Zusammenarbeit werden als persönliches Versagen oder Fehlkonzeption der therapeutischen Gemeinschaft ausgelegt. Die Konsequenz ist nicht selten ein Gefühl des Überfordertseins mit entsprechend depressiver Verarbeitung, sei es durch den Einzelnen oder sei es durch ein ganzes Team. Nicht minder gravierend ist enttäushtes Abwenden vom Modell der therapeutischen Gemeinschaft als solchem. In diesen Situationen ist es außerordentlich wichtig, die vorausgegangene Idealisierung aufzuzeigen, unnötige Schuldgefühle abzubauen und eine reale Einschätzung des therapeutisch Erreichbaren zu bewirken.« (HEIM 1978, S. 46)
- A. Uchtenhagen verweist darauf, dass demokratische Lebensformen innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft nicht als reiner Selbstzweck verstanden werden sollen. Man dürfe das therapeutische Ziel nicht aus den Augen verlieren.
 - »Es wird vorausgesetzt, dass auch für die Bedürfnisse der Patienten gut sei, was für die Bedürfnisse der Therapeuten gut ist. Dahinter steckt die Überzeugung, dass wir Menschen mit denselben Grundbedürfnissen sind und dass Patienten Menschen sind wie wir alle. Nicht immer wird dabei genügend berücksichtigt, dass das Leiden des Patienten mit einer mangelhaften Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und einer ebenso mangelhaften Durchsetzungsfähigkeit einhergeht.« (UCHTENHAGEN 1978, S. 94)
- Die Kommunikation in einer therapeutischen Gemeinschaft kann **doppelsinnige Botschaften** im Sinne des double-bind (vgl. III. 1.) enthalten, welche bei allen Mitgliedern zu Verwirrung und Unsicherheit führen können (vgl. HEIM 1978, S. 42).
- Da sich hinter dem Wort ›Milieutherapie‹ ganz unterschiedliche Konzepte verbergen, ist nicht garantiert, dass jede milieutheraeutische Einrichtung mehr bietet als die Sicherstellung einfacher Lebensnotwendigkeiten. FINZEN (1978, S. 16) schreibt hierzu:
 - »Wenn man einem Kranken gewährt, was ihm in einer halbwegs normalen Umwelt selbstverständlich zusteht, so mag das zwar therapeutisch wirken. Aber man therapiert nicht. Man erfüllt ein Bedürfnis, auf dessen Erfüllung ein Anspruch besteht. Man behandelt den Betroffenen also noch nicht einmal besonders gut.«

V. 6. Milieutheraeutische Forschung

Sehr viele Milieutheraeutieforscherinnen und -forscher äußern sich **unzufrieden** über den bisherigen Stand der Forschung (vgl. ELDRED 1978; FINZEN 1978; HUNT 1983).²¹

»Es ist (...) klar festzuhalten, dass Milieutheraeutie nur in bescheidenem Maße nach strengen wissenschaftlichen Kriterien erforscht ist.« (HEIM 1978, S. 178)

Zwar wurden Fortschritte in der wissenschaftlichen Beschreibung milieutheraeutischer Prozesse erzielt, zum Beispiel in Form der ›WAS‹ (s. I. 9. 2.; vgl. MOOS 1974, 1975). Diese Fortschritte haben allerdings nur wenig dazu beitragen zu können, milieutheraeutische Vorgänge zu erklären (vgl. GUNDERSON 1983a, S. 6 ff.; ELDRED 1983, S. 54). Die Forschungsarbeit ist mit folgenden Schwierigkeiten konfrontiert:

- Da es keine einheitliche Definition gibt, existiert auch **kein einheitlicher Forschungsgegenstand** (vgl. ELDRED 1983, S. 49; CARPENTER et al. 1977).
- Das **naturwissenschaftliche Denkmodell** diene insbesondere in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg als theoretisch-wissenschaftliches Vorbild. Aufgrund der qualitativen und subjektiven Elemente psychosozialer Forschung scheint dieses Modell zumindest **reformbedürftig**, wenn nicht gar im Ansatz **unpassend** (vgl. ELDRED 1983, S. 49).

»Psychologische Wissenschaften stehen eben vor dem Problem, dass Subjekt und Objekt der Untersuchung aufeinander wirkende und auf sich selbst rückwirkende Variablen sind, sodass man es mit dynamischen, veränderlichen, zeitabhängigen, also irreversiblen und zudem rückbezüglichen Phänomenen zu tun hat, deren Komplexität immer nur unzureichend reduziert werden kann.« (LUDEWIG 1996, S. 48)

Das Streben nach wissenschaftlicher Objektivität in den Geistes- und Sozialwissenschaften ist nur ein möglicher Zugangsweg und nicht identisch mit dem Streben nach Wahrheit. Milieutheraeutische Prozesse können sich in naturwissenschaftlichen, sozialen und individualpsychologischen Dimensionen gleichzeitig bewegen. Zwischen diesen Dimensionen bestehen komplexe Wechselwirkungen.²² Bislang ist es nicht gelungen, eine übergreifende Theorie hierzu zu entwickeln (vgl. ELDRED 1983; MATAKAS 1992, S. 27; HEIM 1983, S. 178).²³

21 Ausführliche Vorschläge zur Verbesserung der Situation finden sich in ELDRED (1983, S. 52 ff.); FINZEN (1978, S. 21 ff.); GUNDERSON et CARROLL (1985, S. 141 ff.); HEIM (1978, S. 178 ff.); vgl. auch VII. 3.

22 In HEIM (1978, S. 136 ff.) finden sich beispielsweise Forschungen zur Frage, welche Auswirkungen die soziale Umgebung auf die Wirksamkeit bestimmter Medikamente hat. »In a similar way, use of medication can have different meanings, and therefore different effects in different settings.« (ALMOND 1983, S. 133)

23 »Das Problem für die Therapeuten ist (...) die Integration dieser drei Dimensionen des Biologischen, Psychischen und Sozialen. (...) Die Integration muss nach wissenschaftlichen Kriterien erfolgen. Eine wissenschaftliche Orientierung wäre es, nach dem offenen und verborgenen Sinn der Interaktionen zu suchen; denn das Maß für die Integration psychischer Systeme ist Sinn. Wo Integration nicht gelingt, ist Sinnlosigkeit (vgl. LUHMANN 1984). Gerade die komplexe Situation, in der sich der Arzt befindet, dass er unablässig eine Fülle von Einzelmaßnahmen ergreift oder gerade nicht ergreift, dass er ständig kontingente Entscheidungen trifft, schafft die Möglichkeit, dem Verhalten des Patienten in der Interaktion

»Überdies lässt sich der Zustand eines Menschen in seinen sozialen Systemen nicht nach den Kriterien ›gesund‹ und ›krank‹ beurteilen. Wir können uns vielleicht darauf einigen, was organische und psychische Gesundheit ist, aber soziale Gesundheit ließe sich wohl schwerlich definieren.« (MATAKAS 1992, S. 11)

- In **Abhängigkeit des persönlichen Hintergrundes** favorisieren die Forscherinnen und Forscher zum Beispiel »psychodynamic theories, therapeutic community theories, interaction theory, value systems theory, crisis intervention theory, and behavioral modification approaches« (ELDRED 1983, S. 50). Laut Eldred hängt die Wahl der jeweils zu überprüfenden Hypothese mehr von persönlichen Überzeugungen als von wissenschaftlichen Ergebnissen ab, und zwischen den Forschungsrichtungen gibt es zuwenig Austausch.
- LIBERMAN (1983, S. 172 ff.) und MATAKAS (1992, S. 11) verweisen darauf, dass der spezifische Effekt einer therapeutischen Maßnahme von der **Persönlichkeit und den Erfahrungen der Patienten und Patienten** (Intelligenz, Ausbildung, sozialer Herkunft, etc.) abhängig ist. Trotz verbesserter Beschreibungsinstrumentarien (s. o.) sei es schwierig, die Variablen zu bestimmen und zu isolieren, die therapeutisch nützlich sind.
- Je individueller therapeutische und zwischenmenschliche Prozesse verlaufen, desto schwieriger ist deren Erforschung (vgl. GRAWE et al. 1994/5).

An dieser Stelle kann aus Kapazitätsgründen kein kompletter Überblick über bisherige Forschungsergebnisse der klinischen Studien über nicht- bzw. gering-medikamentöse und milieutherapeutische Therapien für (akut) psychotische Menschen gegeben werden (vgl. GUNDERSON et CARROLL 1985; ADERHOLD 1996a; KARON 1989).²⁴ Trotz der teils sehr komplexen Studienlage habe ich den Versuch unternommen, folgende Ergebnisse festzuhalten:

1. Viele Autorinnen und Autoren sehen es als erwiesen an, dass die unmittelbare **Umwelt** einen **maßgeblichen Einfluss** auf die Befindlichkeit und das Verhalten psychiatrischer Patientinnen und Patienten hat (vgl. BRACELAND 1958, S. VII f.; BROWN et WING 1970; CIOMPI 1994; FINZEN 1978; GOFFMAN 1973; HEIM 1978, 1985; MOSHER et BURTI 1992). »Gesichert erscheint (...), dass das Stationsmilieu erheblichen Einfluss auf die Psychopathologie der Patienten hat (...).« (GUNDERSON 1983a, S. 6)
2. Hinsichtlich der Frage, für welche Patientinnen und Patienten eine Milieuthherapie sinnvoll ist, weist CIOMPI (1994, S. 346) auf eine Studie hin, welche die **Wirksamkeit** therapeutischer Gemeinschaften von **zwei Patientinnen- und Patienten-Typen abhängig** macht:

mit ihm einen neuen Sinn zu geben oder den darin verborgenen Sinn zu entdecken. (...) Es braucht eine psychologische Theorie, die den Raum erschließt, wo der Patient autonom entscheidet, was für ihn Sinn hat.« (MATAKAS 1992, S. 17)

- ²⁴ Die zitierten Studien unterscheiden sich zudem hinsichtlich der Behandlungssettings, der Evaluationskriterien für eine erfolgreiche Behandlung, dem Vorhandensein und der Anzahl von Kontrollgruppen und der Unterscheidung bzw. Nicht-Unterscheidung von Untergruppen der Schizophrenie. Von den in dieser Dissertation beschriebenen Soteria-Studien sind lediglich in Punkt 4. einige der Studien zur ersten Patientinnen- und Patienten-Kohorte der Soteria Kalifornien mitberücksichtigt.

»Heim und seine Mitarbeiter konnten zeigen, dass von der ›therapeutischen Gemeinschaft‹ im Sinne von Maxwell Jones in erster Linie ein kontaktfreudiger, aktiver ›Typus A‹ von Schizophrenen profitiert, während der verschlosseneren, zum Rückzug neigende ›B-Typ‹ dadurch offensichtlich verunsichert wird.«²⁵

3. Von großer Bedeutung für den therapeutischen Prozess sind die **Einstellung** des Personals und der Patientinnen und Patienten zum therapeutischen Geschehen und der **Grad der Interaktionen** zwischen beiden Gruppen (vgl. ELLSWORTH 1983; LIBERMAN 1983).

Günstige milieutherapeutische Ergebnisse gehen einher mit einer Verteilung der Verantwortlichkeiten und der Entscheidungsbefugnisse, einer Klarheit der Behandlungsprogramme, der Rollen und der Führung (vgl. GUNDERSON 1978; HEIM 1985, S. 4), einer Orientierung an konkreten, konstruktiven Verhaltensweisen und weniger an Symptomen und Interpretationen (vgl. ELLSWORTH 1983; LIBERMAN 1983), einer aktiven Teilnahme am Gruppengeschehen und einer Heterogenität der Krankheitsstadien,

»(...) because the higher functioning patients stimulate and serve as models for lower functioning ones, and the staff reinforces adaptive behavior. A mixture of two-thirds high functioning and one-third low functioning patients has been suggested as optimal (...)« (LIBERMAN 1983, S. 70 f.).

4. In GUNDERSON et HIRSCHFELD (1975), MOSHER et GUNDERSON (1979), MOSHER et KEITH (1979) und GUNDERSON (1980) sind eine Anzahl von **Studien über akut schizophrene Menschen** zusammengefasst, die zeigen, dass eine drei- bis sechsmoatige intensive Milieuthherapie mindestens gleich gute bis bessere Ergebnisse liefert als eine medikamentöse Behandlung.

»Dies betrifft die medikamentöse Behandlung sowohl in unterschiedlichen, nicht intensiven Settings (CARPENTER et al. 1977) als auch in verschiedenen, jedoch gleich intensiven Behandlungssituationen (MOSHER et MENN 1976, 1978) und selbst dann, wenn die Medikamente innerhalb desselben intensiven Settings verabreicht werden (CARPENTER et al. 1977; RAPPAPORT et al. 1978). Die Vorteile der Behandlung in einer therapeutischen Gemeinschaft ohne Medikamente gegenüber der medikamentösen Behandlung zeigten sich besonders im Sozialverhalten und, was noch erstaunlicher war, bei der Rückfallquote innerhalb von einem (MOSHER et MENN 1976) bis drei Jahren (RAPPAPORT et al. 1978) nach der Entlassung.« (GUNDERSON et CARROLL 1985, S. 144)²⁶

25 HEIM, E.; JOHNSON, E.; LILIENFELD, C.; STAUFFACHER, H.; WIRZ, P.: Application of the principles of the therapeutic community with the participation of schizophrenics. In: JØRSTAD, J.; UGELSTAD, E.: Schizophrenia 75, psychotherapy, family studies. Universitetsforlaget, Oslo, 1976. Zu einem späteren Zeitpunkt zieht HEIM (1985) daraus die Konsequenz, dass das therapeutische Milieu sich flexibel dem jeweiligen Krankheitszustand anpassen muss. Patientinnen und Patienten mit einem unkontrollierten Verhalten brauchen eher ein reizarmes, solche mit Rückzugsverhalten eher ein animierendes Milieu (vgl. GUNDERSON 1983a, S. 6).

26 Interessant ist in diesem Zusammenhang die Studie von BOCKOVEN et SOLOMON (1975), die den Verlauf einer Gruppe von Patientinnen und Patienten aus der **vorneurolptischen Zeit** (1947–1952) mit dem Verlauf einer Gruppe aus der **neurolptischen Zeit** (1967–1972)

5. Zwei Studien haben gezeigt, dass man durch einen psychosozialen Therapieansatz für akut schizophrene Menschen **Neuroleptika einsparen** kann (vgl. CARPENTER et al. 1977, SJÖSTRÖM 1985).
6. Bestimmte akut schizophrene Menschen, manche Studien gehen von rund 30 % aus, profitieren von **Placebos** mindestens genauso gut oder besser als Vergleichsgruppen, die Neuroleptika erhalten (vgl. GOLDSTEIN 1970, GUNDERSON 1977, RAPPAPORT et al. 1978, SCHOOLER et al. 1967, SILVERMAN 1976).²⁷ In den Studien von Rappaport et al. und Silverman gab es einzelne milieutherapeutische Elemente, z. B. ein speziell ausgesuchtes Personal, welches einen Reintegrationsprozess der psychotischen Patientinnen und Patienten unterstützen sollte.
7. Zur Frage, wer überhaupt von Medikamenten profitiert und wer nicht, folgen einige Studien einer **Untergruppenaufteilung** der Schizophrenie und differenzieren zwischen einer ›reaktiven Schizophrenie‹ mit als günstig eingestuften prognostischen Merkmalen, und einer ›Prozess-Schizophrenie‹ mit als ungünstig eingestuften prognostischen Merkmalen.²⁸ Die meisten dieser Studien zeigen laut ADERHOLD (1996a, S. 719), dass Menschen, »(...) die zur Gruppe der reaktiv Schizophrenen gehören, auch ohne Medikamente mit

vergleicht. Beide Gruppen bestanden aus je 100 Personen, die meisten von ihnen wurden als akut bzw. chronisch ›schizophren‹ oder ›affektiv-psychotisch‹ diagnostiziert. 75 % der ersten und 80 % der zweiten Gruppe lebten fünf Jahre nach der Erstaufnahme in der Gemeinde. Die erste Gruppe hatte im Durchschnitt acht Monate, die zweite Gruppe durchschnittlich sechs Monate in psychiatrischen Krankenhäusern verbracht. »One unexpected finding of the comparison is the suggestion, that these drugs might not be indispensable; in fact, they might actually prolong the social dependency of some discharged patients.« (a. a. O. S. 796) Die Ergebnisse würden nahe legen, »that the attitudes of personnel towards patients, the socioenvironmental setting, and community helpfulness guided by citizen organizations may be more important in tipping the balance in favor of social recovery than are psychotropic drugs. The distinctive value of the drugs may well be limited in most instances to their capacity to alleviate the distress of acute emotional decompensation« (a. a. O. S. 800).

- 27 Die Studien unterscheiden sich hinsichtlich der Auswahl der Patientinnen und Patienten (männlich, weiblich, Alter, etc.), der untersuchten Charakteristika (premorbid status, paranoid, nonparanoid, etc.) und im Umgang mit Neuroleptika (zufällig oder nicht zufällig). Daher ist eine zusammenfassende Nennung von Eigenschaften, die Menschen haben müssten, um eine hohe Wahrscheinlichkeit auf günstige Ergebnisse einer medikamentenfreien Therapie aufweisen, kaum möglich. Vgl. KARON (1989, S. 106): »LIPTON and BURNETT (1979) did note, that in an NIMH study of young schizophrenic patients (GUNDERSON 1977), 30 % recovered within the first month without medication, and that a similar figure – 30 % recoveries – is generally found with placebo controls in studies evaluating neuroleptic drugs, but they did not feel that it was possible to know who those 30 % of patients will be.«
- 28 Vgl. ADERHOLD (1996a, S. 718): »Erst- oder Zweitmanifestation psychotischer Symptome (d. h. keine oder nur geringe psychiatrische Karriere und medikamentöse Vorbehandlung), die innere Bereitschaft des Betroffenen, sich der psychotischen Erfahrung auszusetzen (MCGLASHAN et al. 1975; MCGLASHAN et CARPENTER 1981) und ein relativ gutes ›psycho-soziales Niveau‹ (Ausmaß der Beziehungsfähigkeit und beruflichen Integration) vor der psychotischen Krise scheinen dabei wesentliche Kriterien einer günstigen Prognose zu sein.«

gleich guter oder besserer Prognose behandelt werden können (ROSEN et al. 1971; CARPENTER et al. 1977). Für prozess-schizophrene Menschen scheint nach diesen Ergebnissen eher eine neuroleptische Behandlung sinnvoll zu sein (ROSEN et al. 1971). LEFF et WING (1971) trennen hiervon noch einmal eine Untergruppe mit besonders schlechter Prognose ab, bei der durch neuroleptische Behandlung die Rezidivrate nicht gesenkt wird«.

8. In der angewandten Literatur werden **lediglich zwei Studien** erwähnt, deren Ergebnisse **gegen** einen primär milieutherapeutischen Ansatz sprechen (vgl. MAY et al. 1976;²⁹ SPADONI et SMITH 1969).

GUNDERSON et CARROLL (1985, S. 145) haben aus etlichen Untersuchungen **Milieu-charakteristika mit einer optimalen Wirkung bei nichtchronisch kranken Schizophrenen** herausgefiltert:

- »1. Aufteilung von Macht und Entscheidungsautorität (...);
- 2. Kontakt zu ›peers«, um neue korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen;
- 3. ein hohes Maß an Engagement mit häufigen Interaktionen zwischen Personal und Patient und innerhalb der Patientengruppe (...) sowie ein starkes Gemeinschaftsgefühl;
- 4. eine ermutigende und hoffnungsvolle Einstellung bis hin zum Verständnis der Psychose als zeitlich begrenzte Erfahrung, die einen Lernprozess auslösen kann;
- 5. schließlich erfordern diese Programme viel Personal im Verhältnis zur Patientenzahl, kleine Einheiten von sechs bis acht Betten bei einem Mindestaufenthalt von drei Monaten sind besonders günstig.

In diesem Setting zeigt sich besonders der Nutzen des therapeutischen Engagements, d. h. des Annehmens der Patienten, der Herstellung sehr persönlicher Beziehungen und der Anwendung einiger Grundprinzipien der therapeutischen Gemeinschaft.«

Später kamen Mosher und Gunderson vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Soteria Kalifornien und weiterer Literaturquellen zu folgender Zusammenfassung:³⁰

29 In dieser Studie gab es fünf Behandlungsmethoden: »(1) individual psychotherapy, (2) ataraxic drugs, (3) individual psychotherapy plus ataraxic drugs, (4) electroconvulsive therapy (ECT), and (5) milieu treatment alone without any of these treatments« und 208 »first admission male and female schizophrenic patients« (MAY et al. 1976, S. 481). In einer späteren Veröffentlichung, die längere Zeiträume bis zu fünf Jahren überblickt, haben sich die anfangs gefundenen Unterschiede soweit ausgeglichen, dass es keine signifikanten Abweichungen mehr gab: »It seems that whatever treatment our patients received, the long-term outcome was, in general, grim.« (MAY et al. 1981, S. 782). GUNDERSON (1983, S. 61) vermutet, »that the original patient sample had worse prognoses than intended and that the poor results of the study aren't easily attributable to the specific milieu approach. However, the relatively small, poorly described sample and the absence of a control group make the results difficult to interpret. They do, however, suggest caution about too readily embracing the practices used so promisingly by Rappaport et al., Carpenter et al., and Mosher et al.«.

30 »Diese Funktionen spielen in verschiedenem Ausmaß in allen unseren Lebens- und Arbeitswelten eine Rolle. Allerdings bietet eine *gezielt gestaltete*, auf die Gesundung einer Psychose ausgerichtete soziale Umgebung diese Funktionen bewusst und explizit, wobei fortwährend auf deren Aufrechterhaltung und Angemessenheit zu achten ist.« (MOSHER et BURTI 1992,

Wirksame Milieufaktoren für akute Psychosen

1. Klein (sechs bis zehn Patienten)
2. Hoher Personalschlüssel
3. Hohes Ausmaß an Interaktion
4. Tatsächliche Beteiligung von Mitarbeitern und Patienten bei Entscheidungen
5. Akzent auf Autonomie
6. Ausrichtung auf praktische Probleme (z. B. Lebensumstände, Geld)
7. Positive Erwartungen
8. Minimale Hierarchie

Tab. 4 aus MOSHER et BURTI (1992, S. 179)

S. 178) In MOSHER et BURTI (1992, S. 180) findet sich auch eine Tabelle mit wirksamen Milieufaktoren für sog. Klinik-Veteranen.

»Eine Begegnung zwischen Menschen findet immer auf zwei Ebenen statt. Zunächst ist sie ein Austausch zwischen handelnden Menschen (Subjekte) – sprachlich und nicht sprachlich. (...) Innerhalb dieses Rahmens macht aber auch jeder den Anderen zum Objekt, grenzt sich ab von ihm, macht ihn zum Gegenstand der Beobachtung, der Fremd-Wahrnehmung, beschreibt, erforscht und beeinflusst ihn, bildet Theorien über ihn. Das ist die Subjekt-Objekt-Ebene. Erst beides zusammen – also etwa Nähe und Distanz – macht die vollständige Ich-Du-Begegnung aus.« (DÖRNER et PLOG 1992, S. 13)

»Zu verstehen, wie man sich um einen anderen Menschen kümmern kann, ohne sich in den Prozess, den er durchläuft, einzumischen, ist mit das Schwierigste, was für die Praxis therapeutischen Handelns zu lernen ist.« (GOLDBLATT 1995b, S. 331)

»Soteria ist die Haltung des mindestmöglichen Eingriffs.« (V. Aderhold)

VI. Vergleich der Einrichtungen anhand Gundersons Milieutherapieprinzipien

In diesem Kapitel sollen **Gemeinsamkeiten, Unterschiede und wichtige Aspekte** der in den ersten vier Kapiteln beschriebenen Projekte anhand der im Abschnitt V. 3. 1. dargestellten milieutherapeutischen Prinzipien herausgearbeitet werden. Nicht immer ist es möglich, die Inhalte der Projekte nur einem Prinzip zuzuordnen. Manche Literaturstellen erscheinen beispielsweise sowohl für das Prinzip ›Validation‹ als auch für das Prinzip ›Unterstützung‹ passend. An bestimmten Stellen werden auch die Projekte des Anhangs (B.–J.) mitberücksichtigt. Nicht alle angeschnittenen Aspekte dieses Kapitels können hier vollständig diskutiert werden. Zu jedem Unterpunkt ließe sich eine ausführliche Abhandlung schreiben. Mein Ziel war es, das herauszustellen, worauf in den Projekten Wert gelegt wird.¹

VI. 1. Containment

Mit Ausnahme des Windhorse-Projektes, in dem in der Regel nur Personen aufgenommen werden, die nicht gewalttätig sind und gefahrlos Zeit mit sich alleine verbringen können, können die Häuser die materielle und physische Sicherheit der Betroffenen weitgehend gewährleisten (vgl. Anhang A.). Im Burch House wurde die Größe eines ›**containers**‹ vom Zustand der Betroffenen abhängig gemacht: Je schwieriger das Verhalten, desto kleiner der Container (s. II. 5. 1.).

1 Zur sprachlichen Vereinfachung habe ich für die Soteria Kalifornien und das Burch House öfter die Gegenwartsform benutzt, wenn sie im Zusammenhang mit aktuellen Projekten genannt werden.

Eine wichtige containment-Funktion ist die **Reizabschirmung**. In der Soteria Bern steht dafür das ›weiche Zimmer‹ mit wenig Mobiliar zur Verfügung.

»Leute in einer psychotischen Phase reagieren ja stark auf Objekte. Irgendwelche Stühle, Bänke, Schränke erhalten eine Bedeutung. Und wenn das fehlt, kann es im Moment erleichternd sein.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 101)

Andererseits kann die vom weichen Zimmer ausgestrahlte Monotonie auch ein Stressfaktor sein. Es finden sich weiterhin Beispiele, in denen die Begleiterinnen und Begleiter gezwungen waren, Betroffene zu isolieren (s. II. 6.), sie auf dem Boden zu halten (s. II. 5. 1.) oder für ihre Ernährung oder angemessene Kleidung zu sorgen (vgl. MOSHER et al. 1994).

»Ja, gegessen haben sie oft nicht mehr, die Leute. Was es auch gab, war, dass manche einfach auf den Boden urinierten, halt wie als ganz kleine Kinder. Dann sind wir mit den Leuten auch zur Dusche gegangen oder haben jemanden gebadet. Manchmal haben wir das eher therapeutisch eingesetzt, weil es den Leuten gut tat, dann wieder ging es in erster Linie ums Waschen, dass wir sagen mussten: ›Jetzt kommst du mit ins Bad und wäscht dich, ich halte das nicht mehr aus.‹ Das war manchmal eine Tortur, weil sie sehr Angst haben können vor Wasser.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 103)

In der Soteria Bern kam es nur dreimal innerhalb von sechs Jahren zu »ernsthaft selbst- oder fremdgefährdenden Zwischenfällen« (CIOMPI et al. 1991, S. 431). MOSHER et al. (1994, S. 23) sehen gewalttätiges Handeln meist sozial bedingt. Über drei Viertel der gewalttätigen Zwischenfälle in der Soteria Kalifornien seien darauf zurückzuführen gewesen, dass ein Bewohner von einer ihm vertrauten Person zurückgewiesen worden war.

Prinzipiell wird sowenig Zwang wie möglich angewandt. **Grenzen** sind den Häusern dann gesetzt, wenn sich jemand über einen längeren Zeitraum selbst- oder fremdgefährdend verhält (vgl. II. 7.). J. Galuska beschreibt die Schwierigkeiten im Ausüben von Zwang:

»Gelegentlich ist es für einen mitfühlenden Begleiter sehr schwierig, das sich selbst missverstehende, sich selbst oder anderen Schaden zufügende Bewusstsein zu begrenzen und zu zügeln. Der Umgang mit der Destruktion ist sicherlich das Schmerzhafteste in der Heilung einer Psychose, und es gehört auch zu dem Schwierigsten, dies tief genug zu verstehen.« (GALUSKA 1996, S. 11)

BRÜGGE (1994, S. 162) weist darauf hin, dass schon die vorgegebenen Strukturen des Hauses (Personal, Regeln, Pläne etc.) selbst limitierend wirken:

»Bezugspersonen, die automatisch – als nicht akut ›psychotische‹ ›Normale‹ – ›Normalität‹ vertreten, sind anwesend. Auch dadurch erfährt der Wahnsinn gewollt oder ungewollt eine Begrenzung.«

Für WARNER (1995, S. 247) erfordert eine offene Einrichtung ein aufmerksames Handeln und Fähigkeiten des Personals, die über die üblichen Anforderungen hinausgehen. Die Verantwortung zur Verhinderung von Gefahren läge zwar größtenteils beim Personal, zu einem gewissen Grad jedoch auch bei den Betroffenen, denen damit zugleich signalisiert würde, dass sie letztlich für sich selbst verantwortlich sind. »This delegation of control and responsibility is an important reason that these facilities are less alienating than the hospital setting.« (a. a. O. S. 247)

VI. 1. 1. Der Umgang mit Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika²

In allen vier Projekten werden Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, nicht grundsätzlich abgelehnt. Wenn sie eingesetzt werden, geschieht dies in der geringstmöglichen Dosis. Die Anwendung richtet sich **individuell** nach dem oder der Betroffenen und nicht pauschal nach der Diagnose. Deutliche Unterschiede gibt es zwischen den Projekten im Umfang der Anwendung und in der langfristigen Zielsetzung (s. u.).

MOSHER (1995, S. 115) sieht **Vorteile** der Neuroleptika in ihrer außergewöhnlichen Fähigkeit, Symptome zu reduzieren und zu kontrollieren, Krankenhausaufenthalte zu verkürzen und das Interesse an der Schizophrenie neu zu beleben. GOLDBLATT (1995b, S. 330) meint, dass Medikamente hilfreich sein können, um einen Menschen in einer sehr schwierigen Phase zu unterstützen, insbesondere wenn jemand keine soziale Unterstützung hat. Es könne auch besondere Umstände geben, die eine sogar lebenslange Einnahme als sinnvoll erscheinen lassen. Ciompi vergleicht die **Wirkung der Neuroleptika** mit der gewünschten, reizreduzierenden Wirkung des therapeutischen Milieus. Sie

»(...) mildern die Heftigkeit der Emotionen und können deshalb vor allem in Stresssituationen eine wirksame Bremse für einen katastrophalen, psychotischen ›Runaway‹ bilden. Insofern erscheinen sie in erster Linie als generelle Puffer und Dämpfer, die in manchen Situationen sinnvoll, in andern aber möglicherweise überflüssig oder gar schädlich sein mögen« (CIOMPI 1994, S. 392 f.).

PODVOLL (1994, S. 291 f.) beschreibt eine ähnliche Wirkung von Psychopharmaka, die bestenfalls die Intensität Furcht erregender Sinnestäuschungen verringern und die bei Störungen der Wahrnehmung eine entstehende Panik eindämmen.

Demgegenüber werden eine Reihe von **Nachteilen** aufgeführt (vgl. MOSHER et BURTI 1992, S. 74 ff.; CIOMPI 1994, S. 391 ff.; PODVOLL 1994, S. 291 ff.). Zwei wesentliche Gründe für einen möglichst geringen Einsatz von Psychopharmaka werden wiederholt genannt:

- Erstens **trennen viele Psychopharmaka die Menschen von ihren Erfahrungen** bzw. unterdrücken diese. Dies ist natürlich oft bewusst so gewollt um Leiden zu verringern. Allerdings wird dadurch die **Lernfähigkeit eingeschränkt** und ein Durchleben einer Psychose und eine selbstständige, innere Entwicklung aus ihr behindert (vgl. MOSHER et BURTI 1992, S. 74). Es kann zu einer derartigen Spaltung in einem psychotischen Menschen kommen, dass seine Möglichkeiten abgeschnitten werden, seine Psychose in einer psychosozialen Behandlung zu überwinden und sie in sein Leben und seine Geschichte zu integrieren.³

»Antipsychotic drugs (...) may impair recovery in at least some patients with schizophrenia (GOLDSTEIN 1970; RAPPAPORT et al. 1978), and they have little effect on

2 Ausführliche Arbeiten über Wirkungsweisen von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, unerwünschte Wirkungen, kontrollierte Studien, Suchtpotenzial, etc. sind: BREGGIN (1996, 1997); BRÜGGE (1994); FISHER et GREENBERG (1989); LEHMANN (1996a+b); RUFER (1989); WINDGASSEN (1989).

3 Ein Beispiel einer solchen geglückten Entwicklung durch eine Psychose, die laut Mosher durch den Einsatz von Medikamenten verhindert worden wäre, wird beschrieben in MOSHER et al. (1994, S. 48 ff.).

long-term psychosocial adjustment (NISKANEN and ACHE 1972).« (MOSHER 1995, S. 115; vgl. GUNDERSON 1983b, S. 59)⁴

Exorzismus, Hydrotherapie, Insulinschocks, Versuche mit extremen Schleuderbewegungen, Elektrokrampftherapie, Medikation, Lobotomie – all »diesen Methoden ist gemeinsam, dass sie eine Art von Behandlung darstellen, bei der man etwas an dem Patienten vornimmt und ihn weniger als Partner in seinem/ihrem Heilungsprozess sieht« (GOLDBLATT 1995a, S. 224).

- Zweitens haben vor allem die **Neuroleptika sehr schwerwiegende Kurz- und Langzeitnebenwirkungen**. Dies wird durch neuere Literatur (BREGGIN 1996, 1997; LEHMANN 1996; TORNATORE 1991) ausführlich bestätigt. Neben den bekannten Früh- und Spätdyskinesien weist BREGGIN (1996, S. 92 ff.) darauf hin, dass Neuroleptika eine chemisch lobotomierende Wirkung haben, die bei vielen Patientinnen und Patienten zu Gehirnatrophie, Apathie, Initiativlosigkeit und Demenz geführt hat. »Die Patienten verlieren ihre Symptome nicht, sie verlieren das Interesse daran.« (a. a. O. S. 92) Weiterhin gibt es einige Hinweise für einen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Neuroleptika und einem Anstieg der Brustkrebsrate bei Frauen.⁵ LEHMANN (1996, S. 57 ff.) zitiert mehrere Untersuchungen, die ein vermehrtes Aufkommen von Depressionen und einen Anstieg von Suizidzahlen in Zusammenhang mit der Einführung von Neuroleptika stellen. Fast jedes menschliche Organ kann von Neuroleptika geschädigt werden.⁶ BRÜGGE (1994, S. 18f.) verweist darauf, dass es manchmal schwierig sein kann, zwischen psychotischem Erleben und Medikamentenwirkung zu unterscheiden: »Nicht selten kommt es vor, dass Betroffene unter der künstlich erzeugten Antriebsverarmung weit mehr leiden, als unter den Wahnideen.«⁷

Für MOSHER et BURTI (1992, S. 75 ff.) begünstigen Psychopharmaka ein **biologisches und lineares Kausalitätsdenken**, welches psychische Störungen im Individuum veran-

4 Auch die Erkennung von Frühsymptomen kann durch Neuroleptika behindert werden: »Der psychotische Rückfall lässt sich, dem Krisenmodell folgend, leichter psychotherapeutisch bearbeiten, wenn keine hohe Basismedikation vorliegt. Subjektiv wahrnehmbare Frühsymptome, zum Beispiel stärkere Ausprägungen von Basisstörungen, werden nicht durch eine dämpfende Dauermedikation maskiert.« (BÖKER 1996, S. 118)

5 Für BREGGIN (1996, S. 136) gehören die Neuroleptika zu den »gefährlichsten Medikamenten, die jemals in der Medizin benutzt wurden«. »Die Neuroleptika werden auch als Beruhigungspfeile zur Bändigung wilder Tiere verwendet und als Spritzen, die den Umgang mit bössartig gewordenen Haustieren erlauben.« (a. a. O. S. 96)

6 Vgl. KONZEPTION des Berliner Weglaufhauses 1995, S. 8: »In jeder US-amerikanischen Werbeanzeige für Neuroleptika wird eine Vielzahl der schädlichen Auswirkungen der Neuroleptika thematisiert; dass auf die Unabhängigkeit von Dosis und Verabreichungsdauer für das Zustandekommen von Neuroleptika-Schäden hingewiesen wird, ist inzwischen angesichts der in den USA üblichen, angemessen hohen Schmerzensgeldsummen eine Selbstverständlichkeit.«

7 Vgl. FINZEN (1995, S. 198) zur Neuroleptikawirkung: »Sie macht ihn dickfelliger. Er reagiert weniger empfindlich auf Außen- und Innenreize. (...) Von Hilfe bis zur Abstumpfung gegenüber Außen- und Innenreizen ist es nicht sehr weit; und hier liegt die Gefahr der Anwendung.«

lagt sieht. Zudem würden sie ein **vereinfachendes, reduktionistisches Denken** fördern, welches die Schizophrenie als eine »Neuroleptika-Mangel-Erscheinung« (a. a. O. S. 75) betrachtet.⁸

Relativ selbstständige und kompetente Menschen, die beispielsweise studieren oder unabhängig leben, sollten **überhaupt keine Medikamente** erhalten. Jeder neu diagnostizierte Psychotiker

»(...) sollte mehrere Gelegenheiten haben, ohne Neuroleptika-Behandlung gesund zu werden, *falls* ein geeignetes soziales Umfeld vorhanden ist. Es ist ziemlich gut belegt, dass die große Mehrheit *neu* diagnostizierter Psychotiker *ohne Neuroleptika genesen kann* (BLEULER 1968; HUBER et al. 1980; MOSHER und MENN 1978). (...) Dies ist eigentlich ein Paradigma für die Anwendung von Psychopharmaka ganz allgemein: zuerst ein Versuch mit psychosozialer Behandlung, dann erst ein Behandlungsversuch mit Medikamenten« (MOSHER et BURTI 1992, S. 82).

D. Goldblatt kommt nach über zwanzigjähriger Arbeit mit Menschen in geistig-seelischen Krisen zu folgender Schlussfolgerung:

»Ich denke, **in den meisten Fällen emotionaler Störungen** kann Menschen meines **Erachtens ohne Medikamente** geholfen werden, in einem krankenhauses fernem Umfeld, wo sie Hilfe und Gelegenheit finden, sich durch ihre Krise hindurchzuarbeiten.« (GOLDBLATT 1995b, S. 328; Hervorh. d. d. Autor)

In der **Soteria Kalifornien** und im **Burch House** entschieden die **Betroffenen letztlich selbst** darüber, ob sie Psychopharmaka nahmen oder nicht. Die Empfehlung zur Einnahme wurde vom Personal **pragmatisch** abhängig gemacht vom Befinden der Betroffenen, der Zeit ohne Veränderung, dem Grad der Erschöpfung des Personals und der Einschätzung, ob eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Dieses Vorgehen galt auch für die Anfangszeit der **Soteria Bern**. In der Zwischenzeit ist man zu einem eher routinemäßigen Psychopharmakaeinsatz gekommen, sodass nur noch ca. 10–20 % aller Betroffenen ohne Psychopharmaka auskommen (vgl. III. 8.). Einerseits schreibt man den Neuroleptika ein **psychisches Suchtpotenzial** zu:

»Man sagt ja Neuroleptika machen nicht süchtig. Ich denke sie machen auf einer anderen Ebene süchtig, indem sie halt als Problemlöser verstanden und eingesetzt werden können.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 173)

Andererseits glaubt man aber auch an eine **prophylaktische Wirkung**:

»Da ist unsere Erfahrung schon die, dass die Psychosen, die so langsam vor sich hin mahlen, ohne irgendwie erkennbare Veränderung, die sind unserer Meinung nach auch die Psychosen, wo halt auch die Gefahr besteht, dass es in eine Entwicklung übergeht, die dann länger andauernd ist und dort versuchen wir's jeweils auch mit Medikamenten.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 172)

Differierende Aussagen gibt es in der Soteria Bern darüber, ob der Patient bzw. die Patientin oder der zuständige Arzt bzw. die Ärztin die endgültige Entscheidungsgewalt über die Einnahme von Psychopharmaka hat (vgl. III. 8.).

Wenn im **Windhorse-Projekt** Psychopharmaka eingesetzt werden, geschieht dies so kurz-

8 Vgl. BRÜGGE (1994, S. 20): »Neuroleptika-Vergabe ist eingebettet und reglementiert im medizinischen Diskurs, der die hochproblematische Auffassung beinhaltet, psychische Probleme auf physiologischer Ebene für bearbeitbar zu halten.«

fristig und gering dosiert wie möglich: »Care is taken not to cloud the patient's awareness or to excessively blunt the level of arousal in order to maintain optimal learning ability.« (FORTUNA 1995, S. 187) Das Windhorse-Projekt vertritt als Einziges der vier Projekte explizit das zumindest **langfristige Ziel, gänzlich ohne Psychopharmaka** auszukommen (vgl. IV. 5.). Neben den zuvor genannten Nachteilen hat man im Windhorse-Projekt weitere negative Wirkungen von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, beobachtet. Antipsychotische Drogen könnten eine Psychose auch aufputschen:

»Der Körper findet offenbar Mittel und Wege, die Wirkungen eines Sedativums, Tranquilizers, Antikonvulsivums oder Neuroleptikums zu bekämpfen, auszuschalten und sogar als Treibstoff für noch größere Geschwindigkeit und Energieentwicklung zu benutzen.« (PODVOLL 1994, S. 282)

Eine Dauermedikation würde zu einer Adaption des Gehirnstoffwechsels und der Mikroanatomie an diese Substanzen führen. Psychopharmaka würden so zu einem Bestandteil der Gehirnphysiologie und durch ihre langfristig destabilisierende Wirkung zu einem exogenen Faktor einer psychotischen Entwicklung (vgl. a. a. O. S. 291). Neben einer körperlichen Abhängigkeit käme es auch zu einem Gewöhnungseffekt mit der Gefahr einer Suchtentwicklung:

»Beim ›chronischen‹ Gebrauch antipsychotischer Medikamente geschieht dasselbe, was bei jedem Patienten, der kontinuierlich L-Dopa verabreicht bekam, passierte: ›Seine Verträglichkeit wird immer geringer, während sein Bedürfnis nach ihr stetig wächst.

Mit einem Wort: Er gerät in den Circulus vitiosus der ›Sucht‹.« (PODVOLL 1994, S. 238)

Wenn im Windhorse-Projekt auf Dauer alle Betroffenen ihre Psychopharmaka absetzen können, warum geschieht dies nicht auch in den anderen drei Projekten?⁹ Eine Hypothese dafür ist, dass das Windhorse-Projekt das offensichtlich umfangreichste therapeutische Angebot zur Beseitigung oder Veränderung des eine Psychose auslösenden Cocktails (vgl. IV. 4.) und zur Entwicklung einer eigenen Art der Selbstregulation hat, **man den Betroffenen also sehr konkret sagen kann, was sie anstelle einer Tabletteneinnahme tun können**. Aufgrund fehlender Studien lassen sich Selektionseffekte nicht völlig ausschließen. Andererseits zeigen die Erfahrungen der anderen drei Projekte, dass institutionelle Umstände, z. B. personelle Engpässe, dazu beitragen, dass Betroffene Psychopharmaka einnehmen (vgl. II. 8.; III. 8.).

Ein interessanter Aspekt über den Gebrauch von Neuroleptika, der weiter verfolgt werden könnte, findet sich im ›Oakland Therapeutic Community Experiment‹ (vgl. Anhang B.). Dort wurde die Neuroleptikagabe unter anderem vom psychotischen **Inhalt** abhängig gemacht. Soldaten, deren Paranoia hauptsächlich sozialer Natur war, erhielten keine Medikation, da man soziale Interventionen für effektiver hielt.

9 Auch im Lung Fa Tang Temple (s. Anhang I.) arbeitet man ohne Psychopharmaka mit guten bis sehr guten Erfolgsraten und teilweise sehr langen Aufenthaltsdauern.

VI. 2. Unterstützung

Auf dem Hintergrund einer häuslichen Umgebung¹⁰ bemühen sich alle vier Projekte um ein therapeutisches Angebot, welches Menschen in psychotischen Krisen individuell unterstützen soll. In einer groben Einteilung lassen sich zwei Phasen beschreiben, die eine je individuelle Art der Unterstützung bedingen: Die Phase der akuten Psychose und die der Stabilisierung.

VI. 2. 1. Die Phase der akuten Psychose

In der ersten Phase geht es um Hilfestellungen der Begleiterinnen und Begleiter, die es Betroffenen ermöglichen sollen, ihre akute Psychose zu überstehen.

»Es liegt auf der Hand, dass niemand in einer psychotischen Grenzsituation allein gelassen werden sollte.« (PODVOLL 1994, S. 166)

Die Betroffenen sind dabei meist in der führenden und bestimmenden Rolle. Man stellt möglichst wenig Erwartungen und Anforderungen an sie und bietet ihnen einen Raum, in dem sie ihr Knäuel aus Ängsten, Verwirrungen, Wahnvorstellungen, etc. entwickeln und entwirren können. Psychotische Menschen sollen zu einer für sie angenehmen, inneren Ordnung gelangen, die sie bereits kennen oder die sie für sich neu entdecken müssen. Das Ziel des »Dabeiseins« (s. I. 5., II. 5. 1., III. 5.) bzw. der Basisbetreuung (IV. 4.) ist es, diesen **Findungsprozess** auf jegliche Art zu unterstützen, die sinnvoll erscheint.¹¹

Für diese konkrete Unterstützung gibt es **kein Universalrezept**, höchstens die Möglichkeit einen mehr oder weniger groben Handlungsrahmen zu beschreiben. »There is no cookbook.« (L. Mosher in BRILL 1996, S. 21) Begleiterinnen und Begleiter stehen immer wieder vor der Frage, was »jetzt und hier« hilfreich sein könnte. Eine Unsicherheit über das, was passieren wird, ist unvermeidbar. Es gibt keine zwei identischen psychotischen Menschen.

»There is a certain amount of experimentation conducted in these alternatives, because there is so little precedence to know how to be with people in distress and crisis. (...) If you maintain ethics and integrity and common decency in interpersonal relations, it is unlikely that you will make serious mistakes.« (GOLDBLATT 1994, S. 4)

Trotzdem ergeben sich aus den Erfahrungen der Projekte bestimmte **Grundeigenschaften** von Begleiterinnen und Begleitern, die für akut psychotische Menschen hilfreich sind: Eine innere Ruhe und Stabilität, bewusstes Dasein, Präsentsein, die Fähigkeit, psychotische Menschen ernst nehmen zu können, ohne sie in ihrer Psychose zu bestärken, Empathie für das, was einen psychotischen Menschen bewegt, Intuition für hilfreiches Begleiten, und ein Bewusstsein für eigenes Erleben und die eigenen Grenzen.

»Je nach der inneren Situation des Betroffenen wird ein grundsätzliches Oszillieren des Begleiters zwischen haltendem und entängstigendem Beruhigen einerseits und das Selbst- und Welterleben förderndem und sicherndem Umgang andererseits praktiziert. Jeder Begleiter muss seine Haltung und seine Intervention aus der ihm eigenen Intuition und Empathie entwickeln, nur so kann er dem Betroffenen ein authentisches Gegenüber sein.« (ADERHOLD 1996b, S. 17)

¹⁰ In Bern werden Betroffene beispielsweise »empfangen« und nicht »aufgenommen«; vgl. BRILL (1996, S. 19).

¹¹ Siehe VI. 5. zur Definition von »sinnvoll«.

Sowohl Mosher (vgl. I. 4.) als auch GOLDBLATT (1986, S. 4) warnen vor einer zu intellektualisierten Herangehensweise: »Too much book knowledge or learned technique can stand in the way of effective therapy.«

Begleiterinnen und Begleiter sehen sich **mehreren Gratwanderungen** gegenüber:

- Es ist oft nicht einfach, akut psychotische Menschen **auszuhalten**, den Boden unter den eigenen Füßen nicht zu verlieren und **gleichzeitig eine therapeutische Funktion** zu erfüllen.
 - »Es ist stets eine heikle Angelegenheit, mit jemandem zusammen zu sein, der sich im Zustand der Angst befindet oder in Panik ist.« (GOLDBLATT 1995a, S. 227)
 - »Gerade in der Krisenbegleitung ist von entscheidender Bedeutung, ob es gelingt, mitzu-gehen und die eigene Angst auszuhalten, ohne sich selbst zu überfordern.« (BRILL 1996, S. 38)
 - »Mit drei speziellen Reaktionen der Bewohner musste häufig umgegangen werden – Rückzug, infantiles und sexuelles Verhalten. Aus der Sicht des therapeutischen Personals war dieses Verhalten oft ein wichtiger Schritt zur Neufindung und Bewältigung einer Psychose. Die Mitarbeiter stellten sich jeweils von Fall zu Fall auf die Situation ein, wobei jedoch einige eine größere Toleranz für bestimmte Verhaltensweisen hatten als andere. (...) Jeder Mitarbeiter hatte seine spezielle Art des Umgangs mit zurückgezogenen Bewohnern.« (MOSHER et al. 1994, S. 33)
- Ein ständiger Balanceakt besteht zwischen **Nähe und Distanz**. »Nähe kann tatsächlich unterstützend und Angst machend sein, manchmal beides zur selben Zeit.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 101)
 - »I have observed many instances in which the closer one gets to a deep and meaningful relation with another the greater the intensity of fear and madness which may emerge. With someone who is very paranoid, I have seen closeness lead to incredible panic, violence and destruction, even to the point of inflicting physical harm.« (GOLDBLATT 1986, S. 13)
- Eine weitere Gratwanderung besteht zwischen **Übersorgung und Vernachlässigung**. Es stellt sich die Frage, was man für einen psychotischen Menschen tun kann mit der Gewissheit, ihm oder ihr nicht das Recht auf Selbstbestimmung und -verantwortung zu nehmen, ob und wann man einem psychotischen Menschen beispielsweise das Zubereiten von Nahrung oder das Achten auf wetterangepasste Kleidung abnehmen muss.
 - »Das Geschick, ja die Kunst in der Basisbetreuung und der Gewöhnung des Kranken an regelmäßige Ordnung besteht in diesem Fall darin, stets den richtigen Zeitpunkt zur Ermunterung oder zum Nachlassen abzupassen.« (PODVOLL 1994, S. 354)
- Von Begleiterinnen und Begleitern wird verlangt, **empathisch** zu sein, d. h. zu versuchen, den psychotischen Menschen zu verstehen und sich auf seine Sichtweise einzulassen, ohne sich selbst dabei zu verlieren. Oftmals wird in der zitierten Literatur nicht deutlich gemacht, was mit **verstehen** genau gemeint ist.¹² Verstehen kann heißen, die psychotische Perspektive zu übernehmen und das meist Fremde durch einen Bezug auf die eigene Person nachzuvollziehen.¹³ Verstehen kann auch

12 Diesen Hinweis verdanke ich BRAUN et HERGRÜTER (1980, S. 190 ff.).

13 Zum Vergleich eine Definition von BREGGIN (1997, S. 230) »Verstehen ist ein Aspekt der

einen intellektuellen Vorgang im Sinne einer Analyse und Interpretation der beteiligten Mechanismen ohne einen Bezug zur eigenen Person meinen. Für welche Version man sich entscheidet, hängt auch davon ab, welche Bedeutung die jeweiligen Projekte dem psychotischem Erleben zuschreiben (s. VI. 5.). Im Burch House und der Soteria Kalifornien arbeitete man eher mit einer »**persönlichen Verstehensversion**«, die auf einer inhaltlichen und lebensgeschichtlichen Interpretation psychotischer Vorgänge beruht (vgl. I. 1. 1.). In der Soteria Bern und im Windhorse-Ansatz wird eher eine »**abstrahierte Verstehensversion**« favorisiert, die auf komplexen Modellen beruht, in denen auch biologische und physiologische Faktoren zur Entstehung von psychotischem Erleben beitragen.¹⁴ Das Modell von Podvoll enthält dabei eine viel differenziertere Analyse über das, was **in einer Psychose selbst** passiert, als das Modell von Ciompi (vgl. III. 1. 1.; IV. 2.).

Insgesamt bedarf es von Seiten der Begleiterinnen und Begleiter einer gewissen **Flexibilität und Elastizität**, sich zwischen der eigenen Person und dem psychotischen Menschen hin und her bewegen zu können. Manche psychotische Menschen brauchen mehr Nähe, manche mehr Distanz. Aus der Sicht von Betroffenen ist es wichtig, dass Begleiterinnen und Begleiter ihnen eine emotionale Sicherheit vermitteln können, ohne die eine vertrauensvolle und tiefer gehende Beziehung kaum möglich erscheint.¹⁵

»Wir bieten den betroffenen Menschen eine kontrollierte therapeutische Symbiose an, ein Leih-Ich, das der Stabilisierung des in Auflösung begriffenen Selbst dient. Der Therapeut übernimmt zeitweise abgespaltene Selbstfragmente des psychotischen Menschen, die dieser im akutpsychotischen Erleben nicht integrieren kann. In diesem Prozess der Begleitung erlebt der Betroffene, dass der Therapeut von solch abgespaltenen ängstlich-negativ besetzten Selbstteilen nicht zerstört wird. Dies ermöglicht ihm später, seinen eigenen schwierigen Anteile wieder zu tragen und zu integrieren.« (JIKO 1996, S. 200)

Anteilnahme und Liebe. Verstehen heißt die Ansicht der anderen Person zu hören, sie so vollständig wie möglich zu erfassen und zu begreifen, sie gelten zu lassen und ihre Realität für diese Person zu erkennen.«

- 14 Dies sind von mir so wahrgenommene Tendenzen ohne jegliche Wertung und keine Pauschalaussagen. In allen vier Projekten wird mit beiden Versionen gearbeitet.
- 15 Ähnliche Ergebnisse werden beschrieben in SCHMIDT, L. R.: Psychiatriereform und Klinische Psychologie. Report Psychologie, 8/1998, S. 638 f.: »Die psychologisch orientierte Intervention bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung findet sich in einem generell schwer aufzulösenden dialektischen *Spannungsgefüge*, das von der AKTION PSYCHISCH KRANKE (...) wie folgt charakterisiert wird: Unterstimulation versus Überstimulation; Regression versus Progression; therapeutische Überwältigung versus unterlassene Hilfeleistung; behandeln versus verhandeln; individuelle Orientierung versus soziale Orientierung; Nähe versus Distanz; Empathie versus kritische Rationalität; handlungszentriert versus gesprächsorientiert.« Vgl. KAUDER, V. (Aktion Psychisch Kranke) (Hrsg.): Personen-zentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung (= Psychosoziale Arbeitshilfen 11). Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1997

VI. 2. 1. 1. Die konkrete Begleitung akut psychotischer Menschen in den vier Projekten

In diesem Abschnitt geht es um hilfreiche, konkrete Erfahrungen aus der Begleitung psychotischer Menschen (vgl. I. 5.; I. 6.; II. 5.; II. 6.; III. 5.; III. 6.; IV. 3.; IV. 4.; IV. 6.).¹⁶ Da jede Begleitung individuell ist, kann diese Zusammenstellung nicht komplett und kein Programm sein. Manche Betroffene fühlen sich besser durch einen verbalen Austausch, anderen ist eine emotionale Verbindung das Wichtigste, andere fühlen sich angstfreier durch körperlichen Kontakt.

Welche **Einstellungen und Verhaltensweisen** von Begleiterinnen und Begleitern werden von allen Projekten gleichermaßen als **hilfreich** angesehen?

▪ **Erster Schwerpunkt: Non-Direktivität, Passivität, Ruhe, Gelassenheit, Präsenz, Angstfreiheit**

»(...) einfach da sein, ohne aktiv zu kommunizieren. Diese Möglichkeit habe ich oft genutzt, habe etwas für mich gelesen oder gestrickt. Auch sprechen kann man mal eher im Stil des ›small talks‹. Man kann nicht 24 Stunden am Tag intensiv auf einen Menschen eingehen. (...) Ich habe auch stundenlang geschwiegen im weichen Zimmer, fast tagelang möchte ich sagen.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 101)

Wiederholt werden Ängste unterschiedlichster Dauer und Intensität, teilweise in sehr massiver Ausprägung als vorherrschendes Gefühl psychotischer Menschen beschrieben (vgl. BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 169; GOLDBLATT 1995a, S. 227; AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 105 ff.). Begleiterinnen und Begleiter sollen diese Ängste nicht noch verstärken.

»Und ich denke halt, Hoffnung vermitteln ist ein Teil unserer Arbeit. (...) Unser Ziel ist (...) den Leuten zu vermitteln, dass das nicht nur alles verrückt und daneben ist, dass das halt auch ein Stückweit ihre Form, mit Situationen, Ideen oder mit ihrem Leben umzugehen ist. Dass man dafür auch Raum braucht.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 175)

▪ **Zweiter Schwerpunkt: Aufmerksamkeit, Aufrichtigkeit, Reflexion, Selbstkritik**

Begleiterinnen und Begleiter sollen ein hohes Bewusstsein über sich, die Interaktionen zwischen ihnen und dem psychotischen Menschen und den psychotischen Menschen selbst entwickeln.

»Es gilt (...) auch: Schlecht ist, wenn ich ihm nicht irgendwie mitteile, wenn ich Angst habe, nervös bin oder ungeduldig – damit er *versteht*, warum ich so handle, wie ich handle, zum Beispiel ihn jetzt nicht weggehen lasse oder keine Zeit habe für ein langes Gespräch. Er soll auch wissen, fühlen, merken, dass ich manchmal unsicher bin – und im Grund doch sicher –, dass ich dies und jenes nicht weiß, Fehler mache, Irrtümer – und trotzdem ›etwas‹ bin, nicht ›nichts‹, wie er in seinem zerstörerischen Nihilismus manchmal meint, von sich selber und von mir (...). Ein weiterer, notwendiger Gegenpol dieser Haltung ist: *Nicht* immer sagen, was man denkt, *nicht* immer seine Gefühle zeigen, *nicht* immer grad und direkt, sondern manchmal auf sehr subtile Weise *indirekt* (zum Beispiel suggestiv, metaphorisch, paradox (...) sein.« (CIOMPI 1994, S. 361)

¹⁶ Nicht wiederholt werden die in IV. 4. beschriebenen Elemente der Windhorse-Basisbetreuung.

»Im ›weichen Zimmer‹ wusste ich, dass es nicht mehr klappt, wenn ich vor jemandem Angst habe, dann muss ich weg. Die Bewohner merken das, und man steigert sich gegenseitig immer mehr in eine Angst hinein. Einmal ist es mir so ergangen, da musste ich Hilfe holen. Als wir dann zu dritt zusammen im Zimmer waren, konnte ich über meine Angst sprechen.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 107)

Wenn Begleiterinnen und Begleiter laut denken, sind Betroffene nicht auf Vermutungen angewiesen. Eine aufmerksame Haltung kann sich auch im Beachten von **Details** ausdrücken, die für den psychotischen Menschen von großer Wichtigkeit sein können.

»Oder wenn zum Beispiel irgendeine Tasche mit ihren Sachen im weichen Zimmer war, so durfte man die unter gar keinen Umständen herausnehmen oder irgendwie zum Waschen geben. Es war ganz wichtig, etwas Persönliches zu haben.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 104)

Was können Begleiterinnen und Begleiter **konkret tun**?

- Erster Schwerpunkt: **Reizabschirmung, einführender Körperkontakt** (vgl. VI. 1.)
»Es muss einfach eine klare Berührung sein. Es darf nichts Erotisch-Sexuelles sein. Man muss da den Unterschied selbst deutlich spüren, dann kann man das auch vermitteln. Es kommt da ganz klar auf die Haltung der Betreuer und Betreuerinnen an.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 101)
- Zweiter Schwerpunkt: **Kommunikation, Eingehen auf Psychoinhalte**
»Solches Material kann enorm wichtig sein, weil es oft den Schlüssel dazu enthält, mit dessen Hilfe Zugang zum Geheimnis des Ursprungs der Psychose und zu Lösungsmöglichkeiten gewonnen werden kann.« (GOLDBLATT 1995a, S. 228)

Instrumentarien wie Ton, Farbe oder Papier, mit denen sich psychotische Menschen ausdrücken können, können zur Verfügung gestellt werden. Das entstandene Produkt kann auch für die postpsychotische Zeit von Bedeutung sein.

»Manchmal schreiben wir uns auch im weichen Zimmer, hin und her, vor allem, wenn jemand nicht spricht. Das ist ganz interessant und funktioniert gut.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 101)

Begleiterinnen und Begleiter können dem psychotischen Menschen ein Spiegel sein und sein Verhalten beschreiben, eventuell durch einen gezielten Gebrauch von Bildern und Symbolen.

- Dritter Schwerpunkt: **Kontakt zur Realität**

Wenn ein psychotischer Mensch etwas sagt, was im konventionellen Sinn als real gilt, sollte dies auch als real bestätigt werden. Zweifel am Wahnsystem sollten verstärkt und ›Inseln der Klarheit‹ genutzt werden (vgl. IV. 3.; BELLION 1996). Den Betroffenen können Übungen vorgeschlagen werden, welche zur Entspannung oder zur Synchronisation von Körper und Geist beitragen, z. B. Yoga oder Atemübungen (vgl. IV. 1., IV. 3.).

»Perceval (...) stellte fest, dass eine spezifische Abhängigkeit zwischen Seele und Atem bestand derart, dass die Seele durch ›kontrolliertes Atmen‹ beruhigt und geführt werden konnte.« (PODVOLL 1994, S. 69)

▪ **Vierter Schwerpunkt: Grenzen setzen**

Dieses Grenzensetzen kann schützende (vgl. VI. 1.), strukturgebende und konfrontierende Funktionen haben.¹⁷

»Oder z. B. jemand, der akut psychotisch ist, den lade ich auch nicht dazu ein, seine Wut einfach rauszulassen, ungefiltert, ohne Rahmen ohne nichts, sondern, wenn Aggressionen z. B. das Thema ist, dann versuche ich einen Rahmen zu konstruieren. Dass wir das gemeinsam machen, dass wir das ganz klar zeitlich begrenzt machen, dass es sich nicht nur auf Aggression-rauslassen orientiert, dann versuchen wir das spielerisch zu machen. Das kann eine Kissenschlacht sein, oder sehr kräftig mit Ton etwas zu formen, oder wir haben auch schon einmal ungefähr 100 Blumentöpfe im Garten zertrümmert, mit Steinen beworfen und geschaut, wer schafft am meisten, und das hat ungefähr eineinhalb Stunden gedauert. Da einen Rahmen und eine Struktur hineinbringen, das ist sehr, sehr wichtig. Weil, wenn das nicht passiert, dann kann es sein, dass das den Leuten noch zusätzlich Angst macht, und in der Angst drin schlussendlich ganz die Kontrolle verlieren. Und dann kann es halt auch gefährlich werden.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 175)

»Wenn einer zum Beispiel dauernd den Kopfhörer aufsetzt und sich unter der Decke verkriecht, sich tagelang nicht wäscht und das Essen verweigert, dann heißt konfrontieren, dass ich ihm die Kopfhörer wegnehme und ihm sage, er solle sich waschen, und darauf bestehe, dass er etwas isst. Das macht auch Angst, denn natürlich wird etwas geschehen, wenn ich eingreife.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 104)

Welche **Einstellungen** und **Verhaltensweisen** von Begleiterinnen und Begleitern werden von den Projekten **kritisch** gesehen?

- Eine zu direktive und dominierende Haltung
- Ein Nichterkennen eigener Grenzen und Kapazitäten
- Ein Vermischen eigener Probleme mit denen der Betroffenen (vgl. II. 5. 1.)
- Eine pessimistische Grundhaltung
- Die Überzeugung, Betroffene reparieren zu können
- Eine Einstellung, die Betroffene als ›wesensartig‹ andere Menschen ansieht

Im Vergleich der Einrichtungen bemüht man sich in der **Soteria Bern**¹⁸ und im **Windhorse-**

17 Ein im Vergleich zu den vier Hauptprojekten ungewöhnliches und unkonventionelles Beispiel aus dem ›Oakland Therapeutic Community Experiment‹ (s. Anh. B.) zeigt, dass es für Betroffene auch einen erhellenden Effekt haben kann, wenn sie direkt mit Unstimmigkeiten zwischen ihrem Wahnsystem und der Realität konfrontiert werden: »On occasions, the impact of another patient's comment was exceedingly effective. In one meeting, for example, when a psychotic patient was expounding his belief that the patients on the ward were about to kill him, another patient commended, ›Gee, if you really believe that, you must be nuts,‹ which had a sobering effect on the psychotic. But the most interesting part of this exchange was that it was all said in a matter-of-fact conversational tone, as if they were two average people talking over a poker table. In general, delusions were regarded as a part of the ›normal‹ communication process, and the fact that they evoked little consternation enabled the patients to talk freely of them and, as a result, to take a more mature attitude toward them.« (WILMER 1958, S. 253)

18 Vgl. das obige Beispiel (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 175) eines zeitlich und räumlich begrenzten Auslebens von Aggressionen.

Projekt stärker um eine **Begrenzung** psychotischer Erlebnisweisen durch eine äußere Strukturierung als im **Burch House** und in der **Soteria Kalifornien**, wo man eher auf einen **natürlichen Verlauf** von Psychosen setzte, den man möglichst wenig behindern und in den man möglichst wenig eingreifen sollte. Man versuchte dort, mit einem psychotischen Menschen **mitzugehen** und in einen verstehenden, kommunikativen **Dialog** mit dem psychotischen Menschen über sein psychotisches Erleben zu treten (vgl. I. 6.). Für GOLDBLATT (1992, S. 17 ff.) ist es möglich, die Sprache von Psychosen zu lernen (vgl. II. 4.), in der es bestimmte wiederkehrende Themen gibt, »die aus der Sicht des Betroffenen von großer Wichtigkeit für den Sinn der Psychose sind« (GOLDBLATT 1995a, S. 324).

Im **Windhorse-Projekt** konzentriert man sich insbesondere auf eine **Stabilisierung des Denkens**, auf die ›**Inseln der Klarheit**‹ und auf die **spirituelle Dimension** von Psychosen:

»Denn das psychotische Bewusstsein beschäftigt sich mit Grundfragen von Sein und Wirklichkeit (...). Insofern wird ein therapeutischer Begleiter in gewisser Weise auch ein spiritueller Begleiter oder gar eine Art spiritueller Lehrer für einen psychotischen Menschen sein müssen.« (GALUSKA 1996, S. 11)

»Es ist von größter Wichtigkeit, sich der spirituellen Dimension des psychotischen Leidens bewusst zu werden und wie eng sie mit entsprechenden körperlichen Erfahrungen verbunden ist.« (PODVOLL 1994, S. 15)

Spirituelle Krisen können beispielsweise aus Zweifeln daran bestehen, ob man selbst in der Lage ist, bestimmte Ideale oder Werte umzusetzen, oder ob die Welt diese Werte einhalten kann.

VI. 2. 1. 2. Anregungen und Beispiele aus weiteren Begleitungsformen¹⁹

In Ergänzung zum letzten Abschnitt werden hier Autorinnen und Autoren zitiert, deren Erfahrungen das Spektrum psychosozialer Therapien für akut psychotische Menschen erweitern.

- **FIGENBAUM et TUSCHEN** (1996, S. 65 ff.) beschreiben ihr Modell einer **systemimmanenten Gesprächsführung**, welches ursprünglich für Angstpatientinnen und -patienten entwickelt wurde. Laut Fiegenbaums eigenen therapeutischen Erfahrungen ist dieses Modell auch für sehr viele akut psychotische Menschen geeignet. Eine systemimmanente Gesprächsführung meint ein Hineinversetzen in das Denk- und Wertesystem sowie eine Mitberücksichtigung zentraler Haltungen, Bewertungsmuster und Grundsätze der Patientinnen und Patienten. Benutzt werden Techniken wie Gedanken und Gefühle vorwegnehmen, Gedankenexperimente durchführen, Dilemmata des Problemverhaltens aufzeigen, kognitive Fallen aufdecken, etc.²⁰
 »So regt der Therapeut die Patienten an, sich genau vorzustellen, was mit ihrer Angst passieren würde, wenn sie sich zeitlich ausgedehnt den Angst erzeugenden Situationen aussetzen würden. Der Therapeut macht deutlich, dass es sich dabei um ein reines

19 Weiterführende Literatur: BENEDETTI (1983, 1987); BOCK et al. (1994a+b, in 1994b insbesondere S. 118 ff.: »Was braucht man in einer Psychose? – Eine Umfrage im Psychose-seminar«); BOCK (1997); HILSENBECK (1991); HUTTERER-KRISCH (1996); KARON (1980); SCHIFF (1990); VAN HUSEN (1993).

20 Vgl. die Entwicklungsschritte ›Zweifel am System‹ und ›Selbstbeobachtungen‹ unter IV. 3.

Gedankenexperiment handelt und fordert die Patienten auf, sich den Angstverlauf detailliert auszumalen. So wird die Vermittlung von Informationen über die Therapie optimiert. Gleichzeitig entwickelt der Patient Kontrollüberzeugungen gegenüber der Behandlung; dadurch steigt die Bereitschaft des Patienten, sich aktiv an der Planung des therapeutischen Vorgehens zu beteiligen, und er wird angeleitet, zentrale Schlussfolgerungen für die Behandlung selbst zu ziehen.« (a. a. O. S. 65 f.)

Bei diesem Vorgehen seien Widerstände oder eine verminderte Mitarbeit nur selten zu beobachten, da man Patientinnen und Patienten in ihrem Selbstbestimmungsrecht und ihrer Selbstverantwortung für die Veränderung ihrer Ängste ansprechen würde. Für eine erfolgreiche Therapie müssten deren subjektive Erklärungsmodelle, Behandlungserwartungen und Wertüberzeugungen mit wissenschaftlich fundierten Therapiemodellen in Einklang gebracht werden.

»So sehen die Behandlungserwartungen eines Patienten, der seine Angststörung als Folge mangelnder Geborgenheit in der frühen Kindheit auffasst, völlig anders aus als diejenigen eines Patienten, der seine Angstsymptome als Indiz für eine schwere organische Erkrankung oder als Strafe Gottes bewertet. Werden die wissenschaftlichen Erklärungen und die subjektiven Überzeugungen des Patienten nicht aufeinander abgestimmt, kann das Behandlungsangebot kaum überzeugen. Ein Patient, der seine Angstanfälle als Strafe Gottes auffasst, wird den Erfolg einer Therapie vermutlich in Frage stellen. Indem der Therapeut den Patienten z. B. zum Nachdenken darüber anregt, ob Gott auch gnädig sein und sich folglich wünschen könnte, dass die Menschen ihre Strafe als Prüfung ansehen und nicht daran zugrunde gehen, werden die religiösen Überzeugungen des betreffenden Patienten mit dem Behandlungskonzept vereinbar: Der Patient kann die Therapie bzw. eine erfolgreiche Veränderung seiner Angststörung als eine letztlich auch von Gott gewünschte Bewährung im Kampf gegen die Krankheit interpretieren. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient bei der Behandlung aktiv mitarbeiten wird.« (a. a. O. S. 66)

Ein Beispiel einer solchen Gesprächsführung findet sich in der Soteria Kalifornien:

»Loren traf Tammy am nächsten Morgen entspannt sitzend an und erkundigte sich nach ihrem Befinden. Sie sprach davon, auf jeden und alles wütend zu sein, erklärte aber, wie schwierig es für sie sei, ihre Wut zu äußern. Bei diesem Thema geriet sie wieder auf ihren Teufelstrip, wollte 89\$ und damit nach Hawaii fliegen. Loren wies darauf hin, wenn der Teufel ein Teil von ihr sei, würde er es auch nach Hawaii schaffen.« (MOSHER et al. 1994, S. 31)

L. Ciompi liefert ein weiteres Beispiel, in dem zwar offensichtlich nicht die oben beschriebenen Strategien (Gedankenexperimente durchführen, etc.) benutzt werden, der Therapeut sich aber ausdrücklich auf das System des Patienten einlässt:

»Bandler und Grindler berichten (...) detailliert den eindrücklichen Fall eines seit fünf Jahren nur in einer völlig zerfahrenen, sinnlosen Kunstsprache redenden und ansonsten total mutistisch-katatonen Spitalpatienten, den Erickson innerhalb Jahresfrist dadurch heilte, dass er selbst eine analoge Kunstsprache erlernte. Über diese Kunstsprache vermochte er mit dem Patienten einen Kontakt anzuknüpfen und allmählich immer angeregtere ›Gespräche‹ mit ihm zu führen, bis dieser plötzlich von sich aus zunächst ganz geordnet zu sprechen und schließlich auch zu handeln anfang.« (CIOMPI 1994, S. 390)

- **BELLION** (1996) veröffentlichte als **Psychoseerfahrene** einen Aufsatz, der ihre Erfahrungen aus dem Mitwirken in einem Selbsthilfe-Netzwerk in Ostfriesland enthält. Vieles von dem, was in den vier Projekten (s. I.–IV.) an konkreter Hilfestellung beschrieben ist, findet sich in ihrem Beitrag wieder. Um eine psychotische Krise zu durchstehen braucht sie:
 - »▪ einen Platz, an dem ich nicht behelligt werde,
 - eine Matratze, eine Decke, etwas Nahrung, Wasser und
 - Freunde, die abwechselnd bei mir sind, die mir meinen Zustand nicht übel nehmen, die keine Forderungen an mich stellen, die meine Atmung im Gleichgewicht halten, die dafür sorgen, dass ich keine Schäden anrichte und dass ich wenigstens Wasser trinke, und die die Ruhe bewahren, bis nach – erfahrungsgemäß – acht bis zehn Tagen die Welt wieder wie gewohnt aussieht. Das ist eine Minimalversorgung. Vielleicht gibt es anspruchsvollere Psychotiker. Aber ich bin noch keinem begegnet, der erklärt hätte, dass er wesentlich mehr will. (Was ich berichte, bezieht sich nicht auf katatone Zustände im fortgeschrittenen Stadium. Damit habe ich keine Erfahrung.)« (BELLION 1996, S. 6)

Auch sie beschreibt sog. »**Realitätsinseln**« als Ausgangspunkte zur Rückkehr in einen nicht-psychotischen Zustand:

»Auf diese Inseln kann man sich verlassen! Man kann sie nutzen – was offenbar nur wenige wissen. Egal wie schlimm die Psychose ist – die nächste Realitätsinsel kommt. Es liegt einzig und allein am Helfer, ob und wie er diese Inseln nutzt. Je wohler und sicherer sich der Betroffene auf seinen Realitätsinseln fühlt, desto größer wachsen die Inseln und desto zahlreicher werden sie.« (a. a. O. S. 5 f.)

»Auch wer tage- und nächtelang getobt hat, ohne zu schlafen, wer die Wohnung demoliert und mit gefährlichen Gegenständen um sich wirft, hat zwischendurch Realitätsinseln. Es ist gut, wenn ihm geholfen wird, diese Inseln dann auch zu betreten. Auch in der schrecklichsten Psychose gibt es immer wieder Realitätsinseln. (...) Auch wer schizophrenes spricht, ist zwischendurch ansprechbar.« (a. a. O. S. 6)

Sie schildert weiterhin ihre positiven Erfahrungen mit **Körpertechniken**, die sie »zurück auf die Erde, zurück in meinen Körper« (a. a. O. S. 6) bringen können. Insbesondere sei es wichtig, sich hinzulegen, zu einer **ruhigen Atmung** zu finden und **Menschen zur Seite** zu haben, auf die man sich verlassen kann:

»Nie habe ich erlebt, dass es länger als wenige Minuten dauerte, bis ein Akutpsychotiker sich im Arm halten oder hinlegen lässt. Lege dich zu ihm. Sorge dafür, dass dein Körper dicht an seinem liegt. Deine ruhige, gleichmäßige Atmung wird ihn zur Ruhe bringen. Wenn ihr nicht besonders vertraut miteinander seid, setz dich zu ihm, halte ihm die Hand. Das allein kann Wunder wirken.« (a. a. O. S. 6)

Wichtig sei auch ein Kontakt zu Menschen die einen ernst nehmen würden und zu denen man keine ausgeprägte emotionale Beziehung hätte. Mit deren Hilfe könne man feststellen, ob man überhaupt noch einen Kontakt zur Realität besitzt. »Das ist ein heikler Punkt, um den ich mich immer wieder neu bemühen muss – oft fühle ich mich nämlich so verletzt, dass ich mich am liebsten endgültig von Menschen zurückziehen möchte.« (a. a. O. S. 7)

- **PODVOLL** (1994) gibt einige **Ratschläge an Betroffene**, die Begleiterinnen und Beleitern eine Vorstellung davon geben, was in einem psychotischen Menschen

vorgeht und was hilfreich ist. Betroffene könnten daran denken oder sich erinnern lassen, dass es wichtig ist, sich zu entspannen und zu beruhigen. Körperhaltungen könnten ausprobiert werden um herauszufinden, welchen Einfluss sie auf das Bewusstsein haben.

»Sie müssen sich dann daran erinnern, dass Sie atmen, und sich klarmachen, dass Sie am Rhythmus des Atmens Freude haben, besonders daran, dass sich beim Ein- und Ausatmen die Lungen füllen und leeren. Sie genießen die Freiheit und den Luxus des Atmens. Dadurch dass Sie sich auf Ihre Atemempfindungen konzentrieren, stärken Sie auch die Konzentrationsfähigkeit überhaupt.« (a. a. O. S. 220)

Der Schlüssel zur Herrschaft über die mentale Geschwindigkeit sei eine besondere Art der Aufmerksamkeit, die sich nicht von Trugbildern und bunten Eindrücken verführen lasse.

»Man kann zulassen, dass die Wahnsinnsmusik mit ihrer unmenschlichen Geschwindigkeit durch einen hindurchjagt – und braucht doch keinen Takt von ihr versäumen! Achten Sie darauf, dass Sie sich von der Faszination der Dinge nicht ködern lassen. Beobachten Sie eins nach dem andern, stetig, das nächste, das übernächste, das überübernächste. Nie endende Auflösung. Unbeständigkeit ist jetzt Ihr bester Verbündeter, der einzige Fixpunkt, der schärfste Stachel, der Sie daran erinnert, dass Sie unbedingt wach bleiben müssen.« (a. a. O. S. 221)

Gedanken sollen weder forciert noch unterdrückt werden. Weder bedrohenden noch anerkennenden Gedanken solle nachgegangen werden. »Kämpfen Sie nicht gegen die Geschwindigkeit, nehmen Sie sie, wie sie ist. Das wird Sie entspannen und beruhigen.« (a. a. O. S. 221). Es gäbe einen ungefährlichen Gedanken, dessen Bewusstmachung nützlich sei:

»Infinitesimalisierung.« Er beschreibt genau das, was geschieht, und durchschaut die Mechanik der Verwirrung, ohne zu loben oder zu tadeln. Es ist ein Gedanke, der aus der kritischen Intelligenz entsteht und die Realität der Infinitesimalmaschine beim Namen nennt. Man kann ihn ganz bewusst denken. »In-fi-ni-te-si-ma-li-sie-rung.« Das schafft ein kurzes Aussetzen der Aktivität, eine Verschnaufpause.« (a. a. O. S. 221)

VI. 2. 2. Die Phase der Stabilisierung

Alle vier Projekte stellen die Bedeutung von **tragfähigen Beziehungen** zwischen dem therapeutischen Personal und den Betroffenen heraus, um nach dem Abklingen der akuten Psychose einen Rückfall zu verhindern und die Betroffenen in die Lage zu versetzen, möglichst alle Lebensbereiche eigenverantwortlich zu gestalten.

»Beziehungen waren der entscheidende Punkt: wenn sie in der Soteria nicht zustande kamen, änderte sich nichts. Es war aber in der Soteria fast unmöglich, nicht doch irgendeine Art von Beziehung aufzubauen. Es erhob sich nur die Frage, welche Art von Beziehungen gefördert werden sollten.« (MOSHER et al. 1994, S. 15)

»Ohne das stützende Netz grundlegender zwischenmenschlicher Beziehungen waren Klienten nicht in der Lage, eine Identität unabhängig von ihrer Herkunftsfamilie aufzubauen. Wenn dies nicht gelang, war bei diesen jungen, kurz zuvor noch psychotischen Menschen, die eben erst aus den Häusern ihrer Kindheit kamen, eine erneute Krise vorprogrammiert.« (MOSHER et al. 1994, S. 67)

Es werden sowohl komplementäre als auch symmetrische Beziehungen beschrieben.

Komplementär meint ein Verhältnis, in dem jemand primär in einer gebenden, helfenden und der andere Mensch in einer nehmenden Rolle ist. In einer **symmetrischen** Beziehung begegnen sich Menschen auf gleicher Ebene, mit den gleichen Rechten und Pflichten (vgl. »die Entdeckung der Freundschaft« unter IV. 4.). Zu Beginn einer therapeutischen Beziehung stehen komplementäre Beziehungen im Vordergrund, die sich im Laufe der Zeit meist in Richtung einer symmetrischen Beziehung verändern (vgl. I. 5.; II. 5.; III. 5.). Durch Beziehungen der Betroffenen untereinander und zwischen ihnen und dem therapeutischen Personal entstehen reale Dynamiken, die ein Spiegelbild innerer Konflikte und Haltungen aller Beteiligten sind. Therapeutischen Effekt können diese Beziehungen dann haben, wenn sie den Betroffenen nach dem Durchstehen einer Psychose ein stabilisierendes Gefühl geben.²¹

Lag der Lebenssinn des oder der Betroffenen vorher in seiner inneren Welt der Psychose, so geht es in allen Einrichtungen primär darum, einen **nicht-psychotischen Lebenssinn** in Beziehungen zu anderen Menschen, neuen Aufgaben, einer Arbeit, vielleicht in Hausarbeiten, Tieren, Pflanzen, Malen, etc. zu finden.²²

Darüber hinaus können durch Beziehungen auch alte Beziehungsmuster erkannt und Veränderungen bewirkt werden:

»Veränderungen geschehen durch alltägliche wechselseitige Prozesse, wenn die Mitglieder des Systems miteinander zu tun haben. Folglich haben alle Fragen, die die Qualität von Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Bewohnern betreffen, zentrale Bedeutung für die Änderungsprozesse à la Soteria.« (MOSHER et al. 1994, S. 15)

»Gerade durch solche aufs Konkrete, auf Sichtbare und Klärbare gerichtete, im *Handeln* statt bloß in einem imaginären Raum des Redens und Erwägens sich vollziehende »Transaktionen« kommt es zu jener (möglicherweise konflikthafter) Abgrenzung der Personen, ihrer Wünsche und Strebungen, Gefühle und Gedanken, Rollen und Verantwortlichkeiten, und über diese Identitätsbefestigung zu vielfältigen zwischenmenschlichen Kontakten, kurz, letztlich zu jener Autonomisierung und Reifung, die das eigentliche Ziel jeder Psychotherapie im weiteren Sinn sein muss. *Ohne* diese Verbindung zur konkreten Realität ist speziell bei Schizophrenen die Gefahr groß, dass sich die psychotherapeutische Arbeit im Theoretischen verflüchtigt bzw. durch die Feedbacks aus einer völlig entgegengesetzten Wirklichkeit laufend dementiert und neutralisiert wird.« (CIOMPI 1994, S. 356 f.)

Diese Änderungsprozesse verlaufen **individuell** sehr unterschiedlich. Grundvoraussetzungen zur Veränderung auf Seiten der Betroffenen sind Kontinuität und Vertrautheit in den Beziehungen zu anderen Betroffenen oder zum therapeutischen Personal. Änderungsprozesse und auch der Austausch über das in der Psychose Erlebte **brauchen Zeit, Geduld und Ausdauer**. Menschen, die ihre akute Phase hinter sich gebracht haben,

21 Vgl. MATAKAS (1992, S. 33): »Die Anerkennung der Tatsache, dass soziale Systeme Ich-Funktionen der Individuen stabilisieren oder hilfsweise übernehmen, eröffnet einige neue Perspektiven. Es werden dadurch die sozialen Implikationen psychotischer und verwandter Störungen besser verständlich.«

22 Vgl. WILLI (1997, S. 53): »Man kann sich nicht selbstverwirklichen ohne zu wirken. Jede persönliche Entwicklung findet ihr Echo in den Beziehungen.«

»(...) das sind dann Leute, die bis ins Tiefste hinein erschüttert sind, durcheinander gewirbelt worden sind, und irgendwie wieder versuchen müssen, all das wieder zusammenzubringen, was da passiert ist. Sehr oft ist die Reaktion ja dann auch Traurigkeit, so depressionsähnliche Zustände sogar, da müssen sie auch Zeit haben dafür, denke ich« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 176).

»Wenn ein Mensch mit neuen Erkenntnissen konfrontiert ist, ist dies immer mit psychischer Arbeit, die auch an den Affekten sichtbar wird, verbunden.« (MATAKAS 1992, S. 30)

»Wenn sich etwas prozesshaft entwickelt, dann ist es nicht innerhalb von sechs Monaten lösbar für ewige Zeiten.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 174)

Laut FINZEN (1995, S. 215) gibt es eine Faustregel, die besagt,

»(...) dass der Psychosekranke nach einem Krankenhausaufenthalt bis zu 18 Monaten benötigt, um zu einem Zustand zurückzufinden, in dem er sich vor dem Ausbruch der fraglichen Krankheitsphase befunden hat«.

Die Soteria Kalifornien und die Soteria Bern konnten bzw. können aufgrund finanzieller Beschränkungen einen Aufenthalt von längstens sechs Monaten gewährleisten. Die von A. Finzen genannten 18 Monate stimmen gut überein mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Burch House (vgl. II. 9.). Im Windhorse-Projekt dauert es meist ca. 12–14 Monate, bis sich ein psychotischer Mensch deutlich von seiner Psychose distanziert hat. Viele ehemalige Bewohnerinnen und Bewohner der beschriebenen Projekte hatten und haben auch nach dem offiziellen Ende der therapeutischen Beziehungen mehr oder weniger intensive Kontakte mit den Projekten.

»In der Tat lag der tiefere Sinn des Soteria-Programms hauptsächlich darin, Menschen zum Aufbau langfristiger Beziehungen zusammenzubringen.« (MOSHER et al. 1994, S. 17 f.).

Keiner der vier Einrichtungen geht es darum, Betroffene zu stark von ihrem vielleicht angenehmen Angebot abhängig werden zu lassen. Betroffene sollen ein möglichst selbstständiges Leben führen. Andererseits will man auch eine mögliche **Anlaufstelle in Krisenzeiten** sein, um bei Bedarf eine stabilisierende Funktion erfüllen zu können.

»Einige ehemalige Bewohner waren häufig zu Besuch und erhielten, wenn nötig, Unterstützung und Trost durch vertraute Freunde. Andere bauten ein Netzwerk von ehemaligen außerhalb der Soteria auf, blieben telefonisch und brieflich in Kontakt oder kamen auch mal wieder vorbei. In beiden Fällen war die Kontinuität, die zur Soteria-Lebensweise gehörte, eine Hilfe für instabile Menschen, die noch Unterstützung brauchten, um bestehende Beziehungen aufrechtzuerhalten.« (MOSHER et al. 1994, S. 68)

»Wenn es gelingt, stabile therapeutische Beziehungen aufzubauen, die als hilfreich erlebt und bei erneuten psychotischen Krisen in Anspruch genommen werden, so kann die Soteria eine fruchtbare Alternative zur Klinikbehandlung sein (...).« (AEBI 1993c, S. 138)

Alle vier Einrichtungen bemühen sich darum, den Betroffenen einen **möglichst großen Freiraum in der Gestaltung ihrer Beziehungen** zu lassen. Am programmatischsten geht die Soteria Bern vor, in der es feste Bezugspersonen im therapeutischen Team gibt, Betroffene dazu angehalten werden, Behandlungsziele auszuhandeln (vgl. III. 2.), wichtige Lebenspartnerinnen und -partner systematisch miteinbezogen werden und man vielleicht mehr als in den anderen Projekten davon überzeugt ist, dass eine Anpassung an gesell-

schaftliche Standards den Betroffenen weiterhilft (vgl. CIOMPI 1994, S. 339 ff. und S. 356 ff.).²³

Das Windhorse-Projekt und die Soteria Bern haben in ihren Konzepten ausgearbeitete Angebote zur Prophylaxe weiterer Psychosen, im Windhorse-Projekt werden dabei auch kognitive Übungen nahe gelegt.²⁴ Das Burch House und das Windhorse-Projekt legen Wert auf körperliche Entspannungs- und Konzentrationsübungen (Yoga, etc.).

Das **Burch House** setzte am konsequentesten den Gedanken um, den Betroffenen ein neues »soziales Netzwerk auf Zeit« zu bieten, in dem Klientinnen und Klienten teilweise mehrere Jahre gelebt haben. Die **Soteria Kalifornien** hatte einen ähnlichen Ansatz, musste aber durch äußere Vorgaben die maximale Aufenthaltsdauer begrenzen. Die **Soteria Bern** bezieht das Ursprungssystem, aus dem jemand kommt, stark mit ein. Der **Windhorse-Ansatz** ist offen sowohl für die Schaffung eines neuen sozialen Netzes als auch für die Mitberücksichtigung bestehender Strukturen. Für manche Betroffene ist das Verlassen alter, nicht veränderbarer Strukturen und das Eingehen neuer Beziehungen offensichtlich hilfreicher als der Versuch, den Status quo zu verändern (manche Familien oder sonstige Beziehungssysteme schieben Betroffene auch von sich weg). Für andere Betroffene ist eine begrenzte zeitliche und räumliche Distanz und keine weitgehende Trennung vom Ursprungssystem nützlich. Wieder anderen Betroffenen gelingt es, alleine oder mit Hilfe von beispielsweise Familien- oder Systemtherapiemethoden aus den Projekten, für sie entscheidende Veränderungen in ihren Herkunftsbeziehungen zu bewirken. Jedes Projekt bietet daher unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten (s. o.).

Immer jedoch geht es für Betroffene in dieser Stabilisierungsphase um eine **umfangreiche Integration** von zuvor Erlebtem, neuen Kontakten und prophylaktischen Vorkehrungen, also von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft in ihre Persönlichkeit und Identität.²⁵

23 Vgl. im Gegensatz dazu BELLION (1996, S. 7): »Wichtig ist eine Beschäftigung, die als sinnvoll erlebt wird. Die muss sich jeder selbst suchen. Befreiend ist es, abzulassen von der Idee, man müsse ein möglichst normales Bild abgeben. Wichtig im Sinne einer Vorsorge ist es auch, die eigene Individualität zu leben – auch auf unkonventionelle Weise. (...) Es reicht anscheinend nicht, irgendwelche Erfolge zu erarbeiten, die allgemein etwas gelten. Das sind Selbsttäuschungsmanöver, die mit innerer Zufriedenheit wenig zu tun haben. Das Gefühl, wertvoll zu sein, mir wichtig zu sein, bekomme ich eher, wenn ich mir genug Zeit zum Träumen nehme. Andere finden ihren Frieden beim Gitarrespielen, oder wenn sie in der Badewanne liegen oder beim Tagebuchschreiben oder beim Theaterspielen.« Vgl. auch die Einrichtungen in den Anhängen B. und I., die weitgehende gesellschaftlich akzeptierte Erwartungen und Forderungen an die Betroffenen stellen.

24 Diese Übungen ließen sich vielleicht verknüpfen mit speziellen kognitiven Trainingsprogrammen aus der Psychotherapieforschung (vgl. RODER et al. 1988).

25 Vgl. BELLION (1996, S. 7): »Wenn ich eine Psychose hinter mir habe, kann ich nicht so tun, als sei nichts gewesen. Ich muss mich mit meinen psychotischen Erlebnissen auseinandersetzen, sie sind von Bedeutung für mich. Die psychotischen Filme sind begründet, sie haben mit mir und mit meinem Leben zu tun, sie sind Spiegel und Mitteilung für mich – wie meine Nachträume. Meine psychotischen Filme sind Botschaft und Hinweis für mich. Sie sind lesbar, interpretierbar und verständlich wie meine Nachträume. Sie sind wesentlich und wichtiger als Träume. Oft geht es in einer Psychose um mehr oder weniger verschlüsselte

VI. 3. Struktur

Insbesondere folgende Fragen sind für die Planung eines Projektes interessant: Für welche Betroffenen sind die Projekte sinnvoll? Welche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen in Frage und was sind ihre Aufgaben? Was ist therapeutisch wichtig in den Beziehungen beider Gruppen? Welchen Stellenwert haben Supervision und individuelle Psychotherapie?

VI. 3. 1. Betroffene

Den Soteria-Projekten wird oft der Vorwurf gemacht, sie würden eine **elitäre Psychiatrie** betreiben. FINZEN (1995, S. 239) hält die Gruppe der Soteria-Patientinnen und -Patienten für »hoch selektiv«. Diese Aussage mag stimmen im Bezug auf die Quantität (es gibt nur eine Soteria in der Schweiz). Sie trifft nicht zu bezüglich der Auswahl der Patientinnen und Patienten.

Vergleicht man die Aufnahmekriterien der Soteria Kalifornien und Soteria Bern (vgl. I. 3., III. 3.) mit epidemiologischen Angaben zum Erkrankungsalter und Partnerschaftsstatus schizophrener Menschen (vgl. DÖRNER et PLOG 1992, S. 172; REINECKER 1992; SCHARFETTER 1986, S. 87 ff.; TÖLLE 1991) richten sich die Soteria-Angebote offensichtlich an die **Mehrheit ersterkrankter schizophrener Menschen**.²⁶ Außerdem sind bewusst Menschen mit dem **größten Chronifizierungsrisiko** ausgesucht worden. Auch dies spricht gegen eine Auswahl zugunsten leichter Psychoseverläufe. Die Soteria Bern hat nach dem Ende der Forschungsphase ihre anfangs bestehenden Aufnahmekriterien deutlich erweitert. Keines der vier Projekte ist Teil der Pflichtversorgung²⁷ und auch nicht für zwangseingewiesene Menschen zuständig. Diese Tatsache relativiert sich durch die Beobachtung,

»(...) dass Menschen eher bereit sind, »freiwillig« in eine therapeutische Wohngemeinschaft einzutreten, als sich in eine Klinik einweisen zu lassen, oder dass sich Patienten, nach einer gesetzlich verfügten Zwangseinweisung in die Klinik, bei uns »freiwillig« weiterbehandeln lassen« (AEBI et DERUNGS 1993, S. 51).

Auch ein ernsthaftes, akut drohendes Suizidrisiko, agitiertes Verhalten und ein drohender Gewaltausbruch sind keine automatischen Ausschlussgründe (vgl. Anhang A.). Im Burch

Bilder von Zerstörung und Neubeginn, von Tod und Wiedergeburt. Das ist weiß Gott kein Geheimnis. (...) Ich muss das Signal beachten, das mir durch die Psychose gesetzt wird. Die psychotischen Erlebnisse muss ich ernst nehmen, wie andere ihren Herzinfarkt ernst nehmen. Nach einer Psychose muss ich überlegen, was ich in meinem Leben ändern muss, wo ich gefährdet bin und was mich in den psychotischen Zustand gebracht hat. Wenn ich das nicht will oder nicht kann, brauche ich mich über den nächsten »Schub« nicht zu wundern. Ich kann natürlich nur für mich sprechen. Wenn jemand das alles anders sieht, wird er Gründe dafür haben.«

26 Laut TÖLLE (1991, S. 202) erkranken Männer am häufigsten zwischen 20 und 25 Jahren, Frauen am häufigsten zwischen 25 und 30 Jahren. REINECKER (1992, S. 511) weist darauf hin, dass der Anteil Unverheirateter bei schizophrenen Menschen allgemein deutlich höher liege als in der Allgemeinbevölkerung. Das Kriterium »unverheiratet, geschieden etc.« (vgl. I. 3.) gilt zudem nicht für die Soteria Bern.

27 Im Gegensatz zur Soteria Nacka (s. Anhang C.) und der Soteria auf der psychiatrischen Station Gütersloh (s. Anhang E.)

House und im Windhorse-Projekt wird individuell über eine Aufnahme entschieden, wobei die unter I. 3. und III. 3. genannten Kriterien (Alter etc.) keine Rolle spielen (vgl. Anhang A.). Somit ist klar, dass nicht alle ersterkrankten psychotischen Menschen einen Platz in diesen vier Projekten finden könnten. Aber es spricht einiges dafür, **dass die überwiegende Mehrheit aller ersterkrankten psychotischen Menschen in der Summe der vier Konzepte berücksichtigt ist.**

Da sich alle vier Projekte nicht nur an Menschen in ihrer ersten psychotischen Krise wenden, sondern auch bei wiederholten Krisen oder, mit Ausnahme der Soteria Kalifornien und der Anfangszeit der Soteria Bern, auch von Menschen mit chronischem psychotischen Erleben in Anspruch genommen werden können, erhöht sich der Anteil der von Psychosen betroffenen Menschen, die in der Summe der vier Projektkonzeptionen prinzipiell eingeschlossen sind.

Die Frage, für wen die Projekte besonders gut oder nicht geeignet sind, muss aufgrund unterschiedlicher Ergebnisse und Grundlagen für jedes Projekt differenziert beantwortet werden:

- In der **Soteria Kalifornien** stellte sich heraus, dass dort ebenso wie in den Vergleichskrankenhäusern die Vorhersage eines Verlaufs abhängig ist von vier psychosozialen Variablen: Bildungsgrad (je höher, desto besser), krisenhafte Ereignisse (je gegenwärtiger, desto besser), Lebenssituation (je unabhängiger, desto besser) und Arbeit (je erfolgreicher, desto besser).

»Im Grunde zeigen unsere Ergebnisse, dass relativ kompetente Personen (Studierende, Berufstätige bzw. selbstständig Lebende) mit akutem Krankheitsausbruch, sehr belastet durch Lebensereignisse, nicht mit Medikamenten behandelt und gewiss nicht der Gefahr von Spätdyskinesien durch die postakute neuroleptische Dauermedikation ausgesetzt werden sollten.« (MOSHER et VALLONE 1996, S. 131)

Patientinnen und Patienten mit **Borderline-Störungen** würden hingegen ein Risiko eingehen, sich in dem Soteria-Ansatz zu **verschlechtern**, da sie »erhebliche Störungen im Beziehungskontext zu anderen Menschen haben« und sie außerdem ein klar strukturiertes Angebot benötigen würden (BRILL 1996, S. 16 f.).

- In der **Soteria Bern** zeigten sich folgende Forschungsergebnisse: Bessere Verläufe waren korreliert mit weiblichem Geschlecht, überdurchschnittlichem Alter, höherem Bildungsniveau, besserem sozialen Eingebundensein und höherer Autonomie vor der Erkrankung, Abwesenheit früherer Psychosen sowie kürzerer Dauer der Erkrankung und der Vorbehandlung (vgl. CIOMPI et al. 1995, S. 143). Vergleiche mit Kontrollgruppen würden nahe legen, dass der Soteria-Ansatz für diejenigen geeignet sei, die nicht die typischen Rollen und Verhaltensweisen psychiatrischer Patientinnen und Patienten erlernt hätten. Auch für einzelne Menschen mit chronischem psychotischen Erleben zeigten sich überraschend positive Ergebnisse (vgl. CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 448). CIOMPI (1993a, S. 179) ist davon überzeugt, dass der Soteria-Ansatz auf

»(...) einen gangbaren neuen Weg zu einer menschlicheren Schizophreniebehandlung führt. Wie er sich ins Bestehende einzufügen hat, ob er nur für eine bestimmte Untergruppe oder aber – wie insbesondere gewisse hier von Elisabeth AEBI dargelegte Fakten zu zeigen scheinen – beinahe für alle Arten von schizophrenen Störungen fruchtbar sein kann, wird erst die weitere Forschung und Erfahrung zu zeigen vermögen.«

Nicht geeignet scheint die Soteria Bern für **Patientinnen und Patienten mit aggressiven Panikzuständen, ausgeprägter Suizidalität und massivem paranoiden Erleben.**

»(...) sie erleben es wohl eher als Bedrohung. Die Betreuer erscheinen ihnen in ihrem Wahn oft nicht als hilfreich. Schließlich ist das Konzept schwer zu verwirklichen, wenn die Angehörigen nicht damit zurechtkommen.« (AEBI et SCHNEIDER 1993, S. 145)

»Werden die Betreuer und Betreuerinnen als Verfolger erlebt, so wird eine Behandlung mit soviel Nähe, wie sie das ›weiche Zimmer‹ mit sich bringt, zur Tortur für beide Seiten. Dennoch liegt meines Erachtens gerade hier die Chance der Soteria, indem sie die Grundproblematik psychotischer Menschen (betreffend Nähe und Distanz und den damit verbundenen klaren Abgrenzungen) nicht umgeht, sondern bei ihr ansetzt.« (AEBI 1993c, S. 138)

- Im **Burch House** stieg die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung, wenn jemand nicht zu lange psychotisch und zuvor nicht hospitalisiert war, keine oder insgesamt wenig Psychopharmaka genommen und die Bereitschaft hatte, sich am Gemeinschaftsleben zu beteiligen, und nicht mit der Erwartung kam, andere Menschen würden ihre oder seine Probleme lösen.

»Wenn man unmittelbar zu Beginn der psychotischen Reaktion eingreifen kann, bestehen gute Aussichten, dass der Kranke die psychische Reise wird durchstehen können. Wenn nach Auftreten der Psychose ein zu langer Zeitraum vergeht, besteht die Gefahr, dass die Psychose die Psyche systematisch erfasst, so dass eine Transformation des psychotischen Zustandes nur schwer oder gar nicht erreichbar ist.« (GOLDBLATT 1995a, S. 226) »I believe this type of facility works well for **people who have not been hospitalized or medicated.**« (GOLDBLATT 1995c, S. 165; Hervorh. d. d. Autor).
- In der Literatur über das **Windhorse-Projekt** sind leider keine zusammenfassenden Angaben über die Therapieeffektivität im Hinblick auf bestimmte Patientencharakteristika enthalten. Man lehnt es jedoch ab, dass mehrere psychotische Menschen gleichzeitig in einer Gruppe sind.

»Wiederholt haben Rekonvaleszenten die Erfahrung gemacht, dass sie durch das Zusammenleben mit ähnlich gestörten Menschen das Risiko liefen, noch kränker zu werden. In Gesellschaft gesunder Menschen dagegen steigt die Wahrscheinlichkeit, wieder normal zu werden.« (PODVOLL 1994, S. 316)²⁸

L. Mosher und J. Perry haben Vorbehalte, akut psychotische mit chronischen Patientinnen und Patienten zu mischen. Die Zunahme an Erfahrungen mit der psychiatrischen Versorgung (Medikation, Drehtüreffekt, etc.) würde eine differenzierte Behandlung erfordern, die sich von der Akutpsychiatrie unterscheiden sollte (vgl. BRILL 1996, S. 16). Im Burch House, im Lung Fa Tang Temple (s. Anh. I.) und im ›Oakland Therapeutic Community Experiment‹ (s. Anh. B.) ist man hingegen von den **Vorteilen einer gemischten Gruppe** überzeugt:

»(...) we departed from orthodox group therapy practices in bringing together in the

²⁸ Vgl. HEISE (1996, S. 89) zur Soteria Bern: »Einige PatientInnen haben Rückfälle, wenn neue Akuterkrankte ins Haus kommen, und zeigen dann erneut ihre eigene Hilfsbedürftigkeit mittels psychotischer Symptome und sie rivalisieren damit um die fürsorgliche Betreuung.« (vgl. auch AEBI 1993b, S. 80).

community *mixed diagnostic categories of patients*, ranging from seriously disturbed psychotics to mildly neurotic patients and including a number of ›psychopaths‹. The admixture, we found, was quite beneficial, for not only could members of a diagnostic subgroup help and understand each other, but they often stimulated significant contributions from a different diagnostic subgroup.« (WILMER 1958, S. 38)

Im Ganzen gesehen eignen sich die Soteria Kalifornien, die Soteria Bern und das Burch House besonders gut für Menschen in ihrer **ersten psychotischen Krise**, die zuvor **keine oder nur wenige Kontakte mit einer traditionellen Akutstation sowie keine oder nur wenige Psychopharmaka eingenommen hatten**.²⁹ Die gefundenen statistischen Korrelationen hinsichtlich Geschlecht, Bildung und allgemeiner Lebenssituation rechtfertigen es nicht, einer bestimmten Gruppe eines der Projekte vorzuziehen. Zweifel an der Wirksamkeit bestehen bei Menschen mit gravierenden, lang andauernden paranoiden Erlebnissen und bei sog. Borderline-Patienten und Patientinnen (s. o.). Das Windhorse-Projekt richtet sich sowohl an akute als auch chronisch psychotische Menschen. Hinsichtlich der Gruppenzusammensetzung dürften sowohl die **Gruppenvariante** als auch die **Einzelvariante** im Windhorse-Projekt **Vor- und Nachteile** haben (s. o.). Eine generelle Empfehlung kann hier nicht gegeben werden.³⁰

VI.3.2. *Therapeutisches Personal*³¹

Dieser Abschnitt konzentriert sich auf die **therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**, also die sog. Nicht-Professionellen der Soteria Kalifornien, die Interns des Burch House, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit und ohne psychiatrischen Hintergrund der Soteria Bern und die Teamtherapeutinnen und -therapeuten des Windhorse-Projektes. Projektleiter, Psychotherapeuten und -therapeutinnen und die Hausgenossen und Hausgenossinnen des Windhorse-Projektes werden an entsprechenden Stellen mitberücksichtigt. Viele der folgenden Aspekte treffen auf diese Gruppen auch zu, ihre Aufgaben

29 Auch laut PERRYs (1996b, S. 801) Erfahrungen ist es von großer Bedeutung, »diejenigen Personen (...) zu unterscheiden, die ihren ersten akuten Schub erleben. Diese Art von kraftvoller Aktivierung der seelischen Tiefenschichten unterscheidet sich so sehr von der chronifizierten Form (...)« (vgl. auch PERRY 1996a). Vgl. ADERHOLD (1996b, S. 17): »Nach Perry sind psychotische Prozesse mit Todeserlebnissen für eine Psychosebegleitung ohne Medikation besonders geeignet. Besonders ›Ich-stärke‹ Menschen, besser: Menschen, die die Fähigkeit haben, sich auch in psychotischen Krisen selbst zu tragen, können diesen Prozess ohne schützende Begleitung durchleben. Diese Berichte gibt es. Diese besonderen schizophrenen Menschen beschreibe ich gerne in der Weise, dass sie selbst ein inneres containment, einen inneren Container (...) besitzen, in dem sie ihre psychotische Erfahrung mehr oder weniger selbst durchstehen können.«

30 In keinem der vier Projekte gibt es in der Literatur eine »Reflexion der Verhaltensmaßstäbe für Frauen und Männer« (BRÜGGE 1994, S. 114). Zur Soteria Bern schreibt sie: »Ein Hinterfragen, inwieweit ›psychotische‹ Männer und Frauen überhaupt zusammenleben sollten, inwieweit Männer in der Betreuung (mit Körperkontakt) für betroffene Frauen überhaupt geeignet sind, findet – zumindest vordergründig – nicht statt.« (a. a. O. S. 114 f.). In BRÜGGE (1994) ist eine auf Polina Hilsenbeck zurückgehende Therapieform speziell für von Psychosen betroffene Frauen beschrieben.

31 Dieser Abschnitt ergänzt sich mit VII. 1. und VI. 2. 1.

unterscheiden sich aber teilweise sehr deutlich von denen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Hinsichtlich der Anforderungen, die an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vier Projekte gestellt werden, werden wiederholt zwei Charakteristika in den Vordergrund gestellt: Ein ausgeprägtes **Selbstbewusstsein**³² gepaart mit einer expliziten Fähigkeit sich auf ein **Fremdbewusstsein** einzustellen.

»Der therapeutische Begleiter muss schon mächtig in der Lage sein, Verrücktheit in sich selbst exemplarisch herzustellen und auszuhalten. Nur wenn der Therapeut fähig dazu ist, psychotisches Erleben nachzuvollziehen, kann er vielleicht die Verwirrung und Verirrung, die Form der Störung erkennen. (...) Nur wenn der Therapeut in der Lage ist, die innere Zerrüttung des Patienten, vielleicht sogar seine innere Hölle auszuhalten, ohne selbst verrückt zu werden, kann er ihm vielleicht einen Ausweg zeigen.« (GALUSKA 1996, S. 13)

Begleiterinnen und Begleiter brauchen sowohl eine Motivation, psychotischen Menschen ein echtes Interesse entgegenzubringen, als auch eine Motivation, über sich selbst zu reflektieren.

»Meine Erfahrungen im Reich der Heilkunde hatten mir gezeigt, dass ein psychotischer Patient kaum gesunden wird, wenn sich nicht auch beim Heiler ein ähnlicher Gesundungsprozess abspielt. Der Heiler muss sich selbst total ›ausziehen‹ lassen. Wenn der Patient wirkliche Fortschritte machen will, muss er rückhaltlos aussprechen können, was er über den Heiler denkt und fühlt, und diesen zum x-ten Male mit seinen vielen verborgenen Ichs konfrontieren: dem Berufs-Ich, dem stolzen Ich, dem demütigen, erschrockenen, verzagten, normalen und verrückten Ich.« (PODVOLL 1994, S. 279)

Um therapeutisch wirken zu können, sollten die Begleiterinnen und Begleiter in der Sprache L. Ciompis selbst **eine »affektiv-kognitive bzw. ›affektlogische‹ Einheit**« (CIOMPI 1994, S. 364; Hervorh. d. d. Autor; vgl. III. 1. 1.) sein:

»Nur so sind wir ›ganz‹, das heißt therapeutisch, weil wir nur so einheitlich, eindeutig kommunizieren, übereinstimmend in Geist und Körper, im Reden und Handeln, Denken und Fühlen, verbal und a verbal, und damit etwas Ganzes mit-teilen, weitergeben – das heißt genau das, was dem Patienten fehlt und was ihm ›gut tut‹ (...).« (CIOMPI 1994, S. 363 f.)

Eine Begleitung psychotischer Menschen fordert Begleiterinnen und Begleiter als **ganze Menschen**. Aus der Sicht eines psychotischen Menschen beschreibt Podvoll grundlegende Eigenschaften mit denen eine Begleitung gewährleistet werden kann:

»(...) sie sollten sich Zeit für uns nehmen und immer für uns da sein. Auch sollten sie über einiges Wissen verfügen, Verständnis für unsere Seelenkämpfe und die Notwendigkeit aufbringen, dass wir zwischen Perioden der Arbeit und der Ruhe abwechseln müssen, soweit in der Lage sein, die besten Seiten in uns anzusprechen. Sie brauchen nicht unbedingt ganz genau zu wissen, was in uns vorgeht, sollten aber die Gegner, mit denen wir uns herumschlagen, die Wände, gegen die wir mit dem Kopf anrennen und die besonderen Ängste, die uns heimsuchen, einigermaßen kennen. Das alles sind Eigenschaften, die freundschaftliche Gefühle und Vertrauen erwecken.« (PODVOLL 1994, S. 317 f.)

32 Mit Selbstbewusstsein ist nicht Egoismus oder Ichzentriertheit gemeint.

Wenn man die Inseln der Klarheit in sich selbst erkennen würde, sei dies der erste Schritt, sie auch beim Psychosekranken zu erkennen und zu fördern.³³

Ein Bewohner der Soteria Bern beschreibt seine Eindrücke aus den Begleitungen:

»Können Sie beschreiben, was Sie als gut empfunden haben an Ihren Bezugspersonen?»

Gut war eigentlich der Kontakt, der auf sehr vielen Ebenen bestand. Nicht nur verbal, also Aufmunterungen etc., sondern auch körperlich, zum Beispiel mit Massage oder wenn man einfach beieinander saß ... Ich hatte immer ein Gefühl der Nähe, aber ich empfand ihre Präsenz nie als Einschränkung. Ich konnte mich auch innerhalb der Soteria zurückziehen, wenn ich das Bedürfnis hatte oder sogar hinausgehen, das war immer möglich.« (HANSEN 1993, S. 66)

Ciompi hält eine **gezielte Auswahl** des therapeutischen Personals für essenziell:

»Dass – wie es noch oft geschieht – irgendwelche ganz ungeeigneten Leute mit der Betreuung von Schizophrenen betraut werden, ist aus dieser Sicht der gleiche Unfug, wie wenn man von jemand, der es gewohnt ist, mit klobigen Fingern schwere Handarbeit zu verrichten, verlangen würde, die Harfe zu spielen. Leute mit einem Sensorium für Schizophrene – was mit wehleidiger Säuselei nichts und mit authentischer Direktheit oft sehr viel zu tun hat – verstehen diese geplagten, überall geprellten und im wahrsten Wortsinn hintergangenen Menschen zum Klingen, ja zum Lachen und zum Leuchten zu bringen.« (CIOMPI 1994, S. 344)

Mosher und Burti haben in drei Tabellen ihre Erfahrungen zur Mitarbeiterauswahl in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen zusammengefasst:

Wünschenswerte Persönlichkeitscharakteristika

1. Ausgebildetes Selbstgefühl, sicherer Umgang mit Ungewissheit
2. Aufgeschlossen, annehmend, nicht wertend
3. Geduldig und unaufdringlich
4. Praktisch veranlagt, lösungsorientiert
5. Beweglich, flexibel
6. Einfühlend, empathisch
7. Optimistisch und stützend
8. Freundliche Entschlossenheit
9. Heiter und humorvoll
10. Bescheiden
11. In Zusammenhängen denkend

Tab. 5 aus MOSHER et BURTI (1992, S. 252)

33 Mündliche Aussage von J. Fortuna auf dem Hamburger Windhorse-Workshop (s. IV.).

Bedeutsame Erfahrungen

1. Hatte mit wirklichen Lebensproblemen zu tun
2. Lebte mit Verrückten
3. Kampfsport (z. B. Judo)
4. Beteiligung am Gemeindeleben
5. Ausgebildet, Reaktionen wahrzunehmen und zu verstehen (dazu gehören Psychotherapie und Supervision)
6. Abhängigkeitserfahrung, Ex-User

Tab. 6 aus MOSHER et BURTI (1992, S. 252)

Charakteristika, die gegen die Auswahl sprechen

1. Heil- und Rettungsfantasien
2. Beständige Verzerrung von Information
3. Pessimistische Haltung
4. Beutet Klienten für eigene Bedürfnisse aus
5. Überkontrollierend, bedürftig, etwas für andere zu tun
6. Misstrauisch und gibt anderen die Schuld

Tab. 7 aus MOSHER et BURTI (1992, S. 252)

MOSHER et BURTI (1992, S. 252) haben zudem festgestellt, dass die Soteria der Ort war, an dem die guten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre bereits vorhanden positiven Eigenschaften und Einstellungen zur Geltung bringen konnten.

»Some people grasp the concept immediately, whereas others struggle for years trying to learn how to be with someone while not interfering with his or her process.« (GOLDBLATT 1995c, S. 157)

Die Auswahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschieht in den vier Projekten auf unterschiedliche Art und Weise (vgl. I. 4.; II. 7.; III. 4.; IV. 4.).

Der Erfüllung der vielfältigen Anforderungen stehen zahlreiche **Schwierigkeiten** entgegen. Aus allen vier Projekten gibt es Beispiele für potenzielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich eine Begleitung von vornherein nicht zutrauten, oder »nach Beginn der Arbeit realisierten, dass sie dieser Arbeit nicht gewachsen waren« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 125). Eine Schwierigkeit ist der **Umgang mit Ängsten und eigenen instabilen Anteilen**.

»Anscheinend löst die Erkenntnis, dass die Psychose eine stets auf der Lauer liegende Möglichkeit im Menschen darstellt, in vielen von uns instinktive Furcht und das Gefühl der Bedrohung aus. (...) Diese Furcht, die Herrschaft über sich selbst zu verlieren, erzeugt stärksten Widerstand gegen jeden emotionalen Austausch mit psychotischen

Personen oder gar Identifizierung und echtes Mitleid mit ihnen. Von daher stammen die ›unpersönlichen‹ und ›aggressiven‹ Therapien sowie die vielen Theorien über die Notwendigkeit einer ›distanzierten‹ Behandlung, die heute so sehr dominieren.« (PODVOLL 1994, S. 174 f.)³⁴

Weiterhin bestehen Ängste vor körperlichen Angriffen und Ängste als Folge **der Sorge um die Betroffenen**:

»Im ›weichen Zimmer‹ war es eigentlich nur die Angst, angegriffen zu werden, dort war die Situation klar. Aber wenn man oben im Haus schlief, wusste man eigentlich nie, was alles geschehen konnte, diese latente Angst war eigentlich immer da und zehrte an den Nerven.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 108)

»Hinzu kommt die Suizidalität der Bewohner. Das ist ein Gefühl, das ich oft schwer ertragen kann. Meine Angst: springt er unter den Zug? spüre ich oft. Ich nehme sie immer mit nach Hause.« (a. a. O. S. 118)

Eine grundsätzliche Schwierigkeit entsteht aus der **therapeutischen Rolle** der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wie kann man sich davor schützen, zu viel zu geben und innerlich auszubrennen? Wie kann man verhindern, »besonders opferbereit und hingebungsvoll zu sein« (PODVOLL 1994, S. 317), was nur dazu führen würde, dass man im Gegenzug zu viel von den Betroffenen erwartet? In der Literatur gibt es bislang wenige Beiträge, die aus der Sicht von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darlegen, was in ihnen vorgeht, welche Gefühle (Unsicherheit, Wut, Frust, Sexualität etc.) in ihnen entstehen und wie sie damit umgehen.³⁵

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommen zwangsläufig in Situationen untereinander und mit den anderen Gruppen (Betroffene, deren Bezugspersonen, Projektleiter), in denen sie sich aufgrund ihrer unterschiedlichen Funktionen vermutlich mehr als alle anderen **abgrenzen** und/oder **Loyalität** zeigen müssen (vgl. VI. 3. 3.) Hinzu kommt, dass die Arbeit mit psychotischen Menschen, an sich selbst und seinen Beziehungen gesellschaftlich wenig Anerkennung findet.

»Bei einigen war es ziemlich eindeutig die Tatsache, dass sie genug hatten. Dazu kam auch die Lust, wieder einmal etwas anderes zu machen. Nicht immer durchtragen müssen, sondern so arbeiten, dass auch mal was zurückkommt, dass deutlicher als in der Soteria ein Resultat zu sehen ist. Andere gingen, weil es in dieser Arbeit keine Aufstiegsmöglichkeiten gibt. Das gilt vor allem für Leute ohne psychiatrische Ausbildung, denen diese Arbeit bei einer späteren Bewerbung keine Vorteile bringt, nicht einmal, wenn sie sich wieder in der Pflege engagieren. Manche haben die Stelle aufgegeben, weil sie sich zuwenig unterstützt fühlten, zu alleine gelassen mit einer großen Verantwortung (...).« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 125)

Als Mitarbeiterin des Berliner Weglaufhauses (s. Anhang G.) schreibt HÖLLING (1996, S. 22):

»Die Arbeit im Weglaufhaus ist für die MitarbeiterInnen sehr anstrengend, nicht nur wegen der Arbeitszeiten, die Tag und Nacht, Wochenende und Feiertage einschließen.

34 Vgl. MATAKAS (1992, S. 171 f.): »Wer therapeutisch mit psychotischen Menschen umgeht, muss zulassen, dass die Integration des Selbst in Frage gestellt wird, um den Sinn in den Symptomen des Patienten zu entdecken. Doch ist das, zugegeben, eine heroische Forderung.«

35 Diesen Hinweis verdanke ich Dr. Volkmar Aderhold, Hamburg.

Sie bedeutet beständige Konfrontation mit den eigenen Grenzen: denen der eigenen (Arbeits-)Kraft, des Verstehens, der Unterstützungsmöglichkeiten, der Toleranz (...).« Einige dieser Schwierigkeiten lassen sich zum Teil auf **individueller**, zum Teil auf **struktureller** Ebene (siehe VI. 3. 5. Supervision) angehen. Andere, z. B. die Gefahr tödlich angegriffen zu werden, lassen sich nicht völlig ausschließen. Auf der individuellen Ebene wird den Begleiterinnen und Begleitern im Burch House und im Windhorse-Ansatz empfohlen, sich mit einer oder mehreren Methoden vertraut zu machen, welche die Synchronisation von Geist und Körper und damit die Selbstzentrierung fördern (vgl. IV. 4.):

»The various martial art disciplines and hatha yoga represent some of the ways to find the strength and flexibility of the body which helps to create openness and the capacity to resolve conflict. These disciplines work not only on the physical, but the emotional, intellectual, and spiritual planes as well.« (GOLDBLATT 1993, S. 21)

»Jeder Teamtherapeut besitzt seine eigene Technik für die Wiederherstellung der Einheit von Geist und Körper. (...) Jedes Teammitglied besitzt seine eigenen Qualitäten in bezug auf Energie, Arbeitsstil, Humor, Intelligenz, aber auch seine blinden Flecken.« (PODVOLL 1994, S. 324)³⁶

Für die leitenden Windhorse-Therapeutinnen und -Therapeuten besteht die Pflicht, eine Form kontemplativer Übung regelmäßig zu betreiben (vgl. PODVOLL 1994, S. 308; KAUFMANN 1996, S. 837). Laut J. Fortuna entsteht automatisch eine natürliche Bereitschaft, sich für andere Menschen einzusetzen, wenn man mit sich selbst im Einklang und ausgeglichen ist. In allen vier Projekten wird Wert gelegt auf einen **intensiven Austausch im therapeutischen Team**. Dieser Austausch hat wichtige stützende und rückversichernde Funktionen. Spannungen in einem psychotischen Menschen können zu Spannungen im Team führen, verschiedene Seiten eines psychotischen Menschen können verschiedene Menschen im Team ansprechen (von Hoffnung bis Hoffnungslosigkeit, von Klarheit bis Verwirrtheit, von Mut bis Mutlosigkeit). Familiäre Konstellationen mit einer »Spaltung in einen strengen und einen gewährenden Elternteil« (AEBI 1993c, S. 134), können sich wiederholen.

»Karen litt ja infolge ihres inneren ›Ungleichgewichts‹ an einer starken Desynchronisation von Körper und Seele, und wenn wie mit ihr zusammen waren, trat bei uns ein ähnliche Tendenz auf. In den Teamsitzungen sprachen wir darüber, wie wir hier mit uns umgehen und die dabei gewonnen Erfahrungen auch Karen übermitteln können.« (PODVOLL 1994, S. 288)

»Die einen möchten wieder zurück ins ›weiche Zimmer‹, die anderen möchten vorwärts machen. Diese Ambivalenz entsteht in jedem Betreuer, sie entsteht immer wieder, zu unterschiedlichen Zeitpunkten, im Verlauf der langwierigen Therapie mit psychotischen Menschen, und sie trennt ein Team immer wieder in zwei Lager.« (AEBI 1993c, S. 137)

36 Die von PODVOLL (1994) gegebene Darstellung »geistigen Zusammenbruchs und geistigen Wiederaufbaus rückt eine allgemein gültige Regel in den Blick: Bestimmte Arten mentaler Hygiene, sei es einer Schulung im Sinne von Geistesgegenwart, eines Lebens im Jetzt oder der vollen Bewusstheit, sind notwendig, um den Verstand gesund zu erhalten. Das ist keine Angelegenheit nur der Psychologie oder spiritueller Praxis. Die Gesundheit des Verstandes ist genauso wichtig wie die Gesundheit der Augen. Sie ist etwas Kostbares. Und jeder ist selbst dafür verantwortlich« (a. a. O. S. 405).

Jedes Team besteht aus Menschen mit **unterschiedlichen Fähigkeiten und Grenzen**. Wichtig ist ein regelmäßiger, offener Austausch mit oder ohne Supervision und eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse. Im Windhorse-Projekt **verteilt** man die Begleitung eines psychotischen Menschen bewusst auf bis zu acht Therapeutinnen und Therapeuten (vgl. VI. 3. 4.).

Begleiterinnen und Begleiter sehen sich vielfältigen Anforderungen und Chancen gleichzeitig gegenüber. DÖRNER et PLOG (1992, S. 8 f.) vertreten die Ansicht,

»(...) dass wir als Person letztlich das einzige Mittel sind, das im psychiatrischen Arbeiten zählt. Deshalb lerne ich in jeder Begegnung mit einem Anderen zumindest etwas über mich und meine Landschaft – oder es ist keine Begegnung«.

Werden viele der in diesem Abschnitt genannten Standards berücksichtigt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Begleitung psychotischer Menschen auch auf längere Sicht eine erfüllende und interessante Arbeit ist. Den idealen Begleiter bzw. die ideale Begleiterin für alle Betroffene kann es nicht geben. In allen vier Einrichtungen gibt es innerhalb des therapeutischen Teams zumindest eine ›informelle Hierarchie‹ derart, dass diejenigen mit der meisten Erfahrung und zwischenmenschlichen Kompetenz eine **Art ›therapeutisch-menschliche Autorität‹** innehaben. Die Projekte unterscheiden sich hinsichtlich der Befugnisse und Pflichten, die diesen Menschen innerhalb des Teams als auch im Umgang mit den Betroffenen zustehen (vgl. VI. 4.). Für die Soteria Bern werden Vor- und Nachteile der dort bestehenden **Hierarchie** beschrieben:

»**Vorteile:**

- Professionelle Aufteilung bringt Entlastung bzw. Eingrenzung des eigenen Aufgabenbereiches
- Für das Team hat diese Form den Vorteil, selbst gestalten zu können, wie sie begleitend bzw. therapeutisch arbeiten wollen
- Es ist notwendig, nach Kompetenzen zu arbeiten, zu spezialisieren. Die Gleichmacherei sei eine ›Ursünde der Gemeindepsychiatrie‹
- Entspricht den Regelungen des Gesundheitssystems
- Ärzte können ihre vermehrte Distanz therapeutisch/supervidierend einbringen

Nachteile:

- Die beschriebenen Strukturen sind denen eines üblichen Krankenhauses ähnlich
- Wenn nicht alle Berufsgruppen gleichermaßen Dienste und Therapien übernehmen, entstehen Austauschprobleme und hierarchische Gräben
- Die Rolle der Ärzte ist ungeklärt, sie arbeiten innerhalb zweier Systeme (Klinik/ Verein) und haben damit zusätzlich eine ungeklärte Rolle. Die Andersartigkeit der Rolle der Ärzte muss den Bewohnern erklärt werden
- Die offizielle Leitung der Ärzte ›auf dem Papier‹ und die ›eigentliche, starke Leitung‹ des Teams führt zu Konflikten« (BRILL 1996, S. 51; Hervorh. d. d. Autor)

Allen vier Projekten ist gemeinsam, dass es zunächst einzelne Personen waren, die das Projekt initiiert und vorangetrieben haben (Mosher, Goldblatt und Symmes, Ciompi, Podvoll). Laut J. Fortuna bedarf es einer ›**critical mass**‹ an Leuten, welche die Energie und eine Vision haben, andere Menschen an das Projekt zu binden, damit dieses weiterexistieren kann.

VI. 3. 3. Grenzen zwischen Betroffenen und dem therapeutischem Personal

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können ihre Aufgaben und Rollen in den Projekten verstehen als ›**professionelle Unterstützung**‹ bzw. ›**humane Dienstleistung**‹ für psychotische Menschen. Ihr Verhältnis gegenüber Betroffenen hat damit einen komplementären und weniger einen symmetrischen Charakter (vgl. VI. 2.). In allen vier Projekten haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch die Freiheit, zu Betroffenen ein individuell **gleichberechtigtes Verhältnis** aufzubauen. In beiden Beziehungsvarianten liegen therapeutische Möglichkeiten und Risiken.

In der erstgenannten Beziehungsvariante ist es selbstverständlich, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich intern über Betroffene unterhalten, sich gegenseitig über Erfahrungen aus den Begleitungen austauschen, vielleicht einen gemeinsam überlegten Umgang mit einem bestimmten psychotischen Menschen entwickeln [vgl. den Beispielverlauf von JØRSTAD (1978, S. 123) in V. 5.]. In dieser im Vergleich zur zweiten Beziehungsvariante **distanzierteren Beziehung** liegt die Chance, dass man als Mitarbeiterin und Mitarbeiter auch in die Rolle eines Psychotherapeuten bzw. einer Psychotherapeutin schlüpfen und Betroffene eventuell zu einer systemimmanenten Entwicklung motivieren kann (vgl. VI. 2. 1. 2).

Die Begegnung zwischen dem therapeutischen Personal und den Betroffenen in dieser Variante wird primär als zeitlich begrenzt verstanden, wobei sich aber auch längerfristige Beziehungen entwickeln können. Betroffene sollen eines Tages möglichst völlig unabhängig von den therapeutischen Angeboten der Einrichtung leben können. Die **Basis für eine langfristige Veränderung** wird konsequent **in den Betroffenen und ihrem Ursprungssystem** selbst gesucht, weniger in ihren Beziehungen zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Deren **Arbeitsleben ist in der Regel getrennt von ihrem Privatleben**. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter investieren ihre Zeit, Geduld und Gedanken, stellen für eine gewisse Zeit ein »**Leih-Ich**« (JIKO 1996, S. 200; Hervorh. d. d. Autor) zur Verfügung und sind eventuell bereit, sich durch synchronisierende Übungen (Yoga etc.) auf die Begleitung **vorzubereiten**. Diese Beziehungsvariante beinhaltet eine **bestimmte Formalität** und kann zweifelsohne als ›Arbeit‹ verstanden werden, für die jemand natürlich auch bezahlt werden sollte um sich den Lebensunterhalt zu finanzieren.³⁷ Betroffenen kann man eher als in der zweiten Beziehungsvariante die Gewähr bieten, dass sie auch vor unbeabsichtigten Grenzüberschreitungen geschützt sind.

»Damit eine Beziehung fürsorglich und verstehend sein kann, muss sie auch sicher sein. Wenn der Klient sein Herz öffnen soll, darf er nicht das Gefühl haben, verletzt werden zu können. Die Beziehung muss auf die Praxis oder andere festgeschriebene Grenzen beschränkt sein (...).« (BREGGIN 1997, S. 230)

Für Podvoll kann es auch in dieser Beziehungsvariante zu einem wechselseitigen Geben

37 Auf einem Soteria-Workshop in Münster erzählte eine Krankenschwester und Mitarbeiterin der ›Soteria auf der psychiatrischen Station, Gütersloh‹ sinngemäß folgende Geschichte: Nachdem sie eine Patientin durch ihre Psychose begleitet hatte, wollte sich die Patientin mit ihr duzen. Sie lehnte dies ab. Nach einer erneuten Begleitung einige Wochen später sagte die Patientin, dass sie über die durch das Siezen beibehaltene Distanz zu ihr froh gewesen sei, und die Begleitung leichter hätte annehmen können.

und Nehmen kommen, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Begleitung als eine Aufgabe ansehen, an der sie innerlich wachsen können.

»Der Betreuer (...) besitzt, jeweils zu seiner Zeit, alle Merkmale eines Wärters, Begleiters, Gefährten, Geleiters, Hüters, Führers, Koordinators und manchmal auch eines Freundes. Der springende Punkt dabei ist, dass jemand, der in dieser Einstellung Basisbetreuung praktiziert, lernen kann, wie er mit seinem eigenen Bewusstsein umgehen muss, wodurch ein wechselseitiges Geben und Nehmen möglich wird. Wohl jeder, der einmal Basisbetreuung ausgeübt hat, wird bestätigen, dass seine Fähigkeit, ein guter und verständnisvoller Freund zu sein, dadurch gewachsen ist.« (PODVOLL 1994, S. 341)

Das größte **Risiko** dieser komplementären Beziehungsvariante ist eine **zu große Distanz** zu den Betroffenen, die dazu führen kann, dass diese sich beziehungslos fühlen und keinen vertrauenswürdigen Kontakt finden können. Ein extremes Risiko ist die Entwicklung einer einseitigen Beobachtungssituation, welche paranoide Vorstellungen fördern kann (vgl. PODVOLL 1994, S. 88). Betroffene können beispielsweise darüber beunruhigt sein, was hinter geschlossenen Türen in Teambesprechungen vor sich geht, vor allem dann, wenn jemand sich nach solchen Sitzungen schlechter gesehen oder behandelt fühlt. Es kann für einen psychotischen Menschen auch verletzend sein, wenn jemand nicht mit seinen Wahnvorstellungen mitgeht (vgl. BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 170). Ein Faktor, der zur Chronifizierung psychisch kranker Menschen in den traditionellen Psychatrien führen kann, ist laut AMBÜHL et SCHIEPEK (1996, S. 747) die **Gewöhnung an die typische Kranken-Pflege-Situation**. Würden Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg die Erfahrung machen, dass ihnen Zuwendung und Nähe zuteil wird, wenn sie psychische und/oder körperliche Symptome haben, ohne dass sie sich dabei selbst auf eine zwischenmenschliche Beziehung einlassen und die Verantwortung dafür tragen müssen, kann dies ein unbewusster Verstärker ihrer psychosozialen Schwierigkeiten sein. Auf »merkwürdige Weise« (a. a. O. S. 747) würden sich Nähe und Distanz nicht mehr gegenseitig ausschließen.

Die **symmetrische Beziehungsvariante** beruht auf einem gleichberechtigten, genuinen Austausch zwischen Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Betroffenen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen in ihrem gesamten Verhalten authentisch und echt sein.

»Viele Experten legen es darauf an, dem armen Patienten weiszumachen, dass sie es sind, die er für seine Heilung braucht. Damit machen wir die Sache eigentlich nur schlimmer. Bei einer Psychose werden all die Barrieren niedergerissen. Die Rollenaufteilung, wie sie sich beim Expertentum ergibt, muss aufgegeben werden zugunsten einer Haltung, nach der zwei gleichberechtigte Personen in einer Leidenssituation zusammenkommen, in der eine der Personen sich verloren hat.« (GOLDBLATT 1995a, S. 229)

Direkte, beiderseitige **Konfrontationen** sind ebenso möglich wie ein **gegenseitiges Geben und Nehmen**.

»Echt-sein bedeutet auch, möglichst nicht in bestimmten Rollen gefangen zu sein und daran festhalten zu wollen. Sowohl PatientIn als auch BetreuerIn zu sein.« (L. Mosher in BRILL 1996, S. 39)

Verhaltensmuster der Betroffenen als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können offen zu Tage treten:

»Im Krankenhaus³⁸ können (...) umso mehr Probleme des Patienten, die er in seiner natürlichen sozialen Situation hat, verhandelt werden, je mehr von diesen Problemen auch in der sozialen Situation des Krankenhauses reproduziert werden.« (MATAKAS 1992, S. 16)

Es können sich intensive, länger dauernde und für beide Seiten fruchtbare Beziehungen zwischen Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Betroffenen entwickeln, die auch über einen Aufenthalt im Projekt hinausgehen. **Arbeits- und Privatleben gehen häufig ineinander über** (vgl. II. 4.). Im Burch House entsprachen viele Beziehungen dieser Beziehungsvariante. In sehr vielen Diskussionen ging es für die Beteiligten darum, ihre **Beziehungen zu klären und Verantwortlichkeiten und Grenzen abzustecken**: »Bin ich zu fordernd?« »Soll ihm das Frühstück gebracht werden oder soll ihm dieser Gang nicht abgenommen werden?« »Warum grenzt du dich nicht ab?« »Ich erwarte eine Erklärung für deine Distanzierung!« »Warum kannst du uns nicht glauben, dass wir dich mögen?«

»Die Beziehungen, die im Rahmen der Basisbetreuung aufgebaut werden, sind überschaubar, spontan und frei von jeglichem Psychologisieren, das den Patienten und jeden anderen Menschen nur in die Rolle des Hilflosen und Abhängigen drängen würde. In solchen Beziehungen entwickelt sich auf natürliche Weise echte Freundschaft zwischen Patient und Therapeut und gegenseitige Rücksichtnahme.« (PODVOLL 1994, S. 325)

»Sie brauchen keine Feste für ihn zu arrangieren. Führen Sie ihn nur in den Reichtum Ihres eigenen Lebens ein. Die Schicht, die Sie zusammen verbringen, ist nicht nur für den Patienten da, sondern ebenso für Sie selbst. Eine Schicht kann mit Dingen ausgefüllt sein, die Sie selbst gerne tun oder die Sie erledigen müssen. (...) Wenn Sie während Ihrer Schicht Ihr Kind von der Schule abholen oder einkaufen oder Bücher in die Bibliothek zurückbringen müssen, machen Sie das mit ihm zusammen. (...) Verletzt dieses Vorgehen nicht ein ungeschriebenes Gesetz der Trennung von Arbeit und Freizeit, von Beruf und Privatleben? Aber wer hat eigentlich Interesse an einem solchen Gesetz? Wenn Sie jemanden mitnehmen, liegt das nicht im »Interesse« von irgendjemandem. Es geschieht, weil es Spaß macht. (...) Während der Zeit, in der Sie mit dem Patienten in seinem Zimmer arbeiteten, weil er es nicht verlassen konnte, waren Sie praktisch sein Gast. Wenn er jetzt in der Lage ist, seinen Aktionsradius zu erweitern, können Sie ihm durchaus auch die Möglichkeit offerieren, Ihr Gast zu sein.« (PODVOLL 1994, S. 350)

Eine Gefahr dieser Beziehungsvariante ist das Entstehen einer »**Aufopferungsstimmung**« (BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 103; Hervorh. d. d. Autor) bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in der sie auf Dauer innerlich ausbrennen. Es können überzogene Schuldgefühle entstehen, wenn es einem oder einer Betroffenen schlecht geht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter achten zu wenig auf sich selbst, unterlassen es, Grenzen zu setzen und werden von Betroffenen zu stark vereinnahmt. Zwischenmenschliche Verhaltensweisen, die sich sowohl für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als auch für Betroffene als schwierig erweisen, können von beiden Seiten verstärkt werden, weil man als Mitarbeiterin oder Mitarbeiter »**zu dicht dran**« ist und den Überblick verliert. Für Betroffene, die Angst haben, tief verletzt oder hilflos sind, kann es sehr schwierig sein, wenn sich Mitarbeiterin-

38 Und ebenso in therapeutischen Wohngemeinschaften.

nen und Mitarbeiter nach einer Phase großer Nähe gezwungen sehen, sich von einem oder einer Betroffenen zu distanzieren. Es kann generell zu Konflikten kommen bei Entzug von Aufmerksamkeit, durch Eifersucht oder Neid.

»Das kann dann auch so weit gehen, dass jemand wieder voll psychotisch wird, damit er wieder Zuwendung bekommt. Und es geschieht hier und da, aber nicht oft.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 178)

»Von einem psychoanalytischen Verständnis aus gesehen, besteht die Grundproblematik des psychotischen Menschen im Dilemma, nicht ohne und nicht mit dem anderen leben zu können. Sobald der psychotische Mensch eine Beziehung mit einem anderen eingeht, prallt Unvereinbares aufeinander: Verschmelzungssehnsüchte und eine große Selbstverlustangst. In einem Behandlungsansatz mit großer zwischenmenschlicher Nähe, der die Sehnsüchte dieser Menschen zulässt, sind die erwähnten Schwierigkeiten mit Abhängigkeit und Autonomie für alle Beteiligten mit Angst, Frustration und nicht selten Entmutigung verbunden. (...) Durch die große Toleranz der Betreuer und Betreuerinnen in der Anfangsphase wird etwas in Gang gesetzt, das sich in die späteren Behandlungsphasen hineinzieht. Dem psychotischen Menschen wird für kurze Zeit der Eindruck vermittelt, sein enormer emotionaler Aufholbedarf könne gestillt werden. Es wird die Erwartung geweckt, es gebe kein Außen, nichts Fremdes, alles könne selbst gestaltet werden.« (AEBI 1993c, S. 136)

Auch auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann es sich in dieser engen Konstellation negativ auswirken, wenn sich Betroffene von ihnen distanzieren. Jede dieser Beziehungen kann für die Beteiligten gut oder schlecht verlaufen. Nach einem Aufenthalt in einer dem Burch House ähnlichen therapeutischen Wohngemeinschaft der ›Philadelphia Association‹ (s. I. 1. 1.) schrieb eine Mitarbeiterin:

»Ich fragte mich häufig nach meinem Auszug, ob nicht meine Aktivität während meines Aufenthaltes in der WG die Passivität meiner Mitbewohner verstärkte und inwieweit meine Anwesenheit nicht Probleme zum Hervortreten brachte, die ohne mich vielleicht nicht oder in anderer Form zum Ausdruck gekommen wären.« (E. Hergrüter in BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 116)

In dieser Beziehungsvariante kann die **Bezahlung** des therapeutischen Personals ein Problem werden: »Wie geht man damit um? Es gibt keine Lösung für dieses Paradox.« (Mosher in BRILL 1996, S. 39)

»Ist eine zeitlich begrenzte und geplante Freundschaft, wo der eine noch für seine Dienste bezahlt wird, nicht eine falsche Freundschaft? Hindert sie den Therapeuten nicht an seiner Therapie, und den Patienten daran, dass er wirklich so krank ist, wie er andernfalls wäre? Bedeutet Freundschaft, dass Sie immer freundlich und friedlich sein müssen und Ärger und Zorn nicht mehr freien Lauf lassen oder dem anderen Grenzen setzen dürfen? Und birgt die Freundschaft der Basisbetreuung nicht das Risiko unkontrollierbar ausufernder Emotionen in sich?« (PODVOLL 1994, S. 355)

Beide beschriebenen Beziehungsvarianten, insbesondere die zweite Variante, sind möglich in der **individuellen Begegnung** zwischen Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Betroffenen. Vergrößert man den Betrachtungsrahmen, wird klar, dass die einzelnen Personen ihre **formalen Rollen** innerhalb des jeweiligen Projektes nicht völlig verlassen können. Es gibt in allen vier Projekten **definitive Unterschiede in den Handlungsmöglichkeiten und Aufgaben beider Gruppen**. Es gibt keine völlige Gleichberechtigung. Die Ange-

stellten der Soteria Kalifornien und der Soteria Bern und die Schichttherapeutinnen und -therapeuten des Windhorse-Projektes können nach ihrer Arbeit nach Hause gehen, die Betroffenen können dies nicht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben Dienstzeiten und müssen in diesen offenen Einrichtungen auch darauf achten, dass niemand in einem selbstgefährdenden Zustand das Haus verlässt, etc.

Daneben gibt es viele Bereiche, in denen die Aufgaben und Möglichkeiten beider Gruppen nicht klar eingegrenzt sind. Die Interns des Burch House und die Hausgenossinnen und Hausgenossen im Windhorse-Projekt nehmen hier noch eine exponierte Stellung ein, da sie mit Klientinnen und Klienten zusammenleben. **Je weniger die Rollen definiert sind, desto größer ist die Notwendigkeit, Verantwortung für eigenes Grenzsetzen zu übernehmen.** Dies beinhaltet Chancen und Risiken (s. o.).

»Der Umgang mit Grenzen und Grenzerfahrungen erfordert von den MitarbeiterInnen immer wieder ein Reflektieren und Wahrnehmen eigener Ängste und Unsicherheiten.« (BRILL 1996, S. 38)

»Was ich denke, was uns allen klar ist, dass wir zum Teil alleine zum Teil gemeinsam auf der Suche sind nach einer Haltung in unserer Arbeit, die nah genug an den Menschen ist ohne diese zu beengen und ohne uns selbst zu überfordern. Und wir wollen authentisch sein, unsere Gefühle unsere Schwächen etc. zeigen und auch damit arbeiten. Die Arbeit im Weglaufhaus Berlin ist ein permanentes Stoßen an und Überschreiten von Grenzen.« (PETERS 1996, S. 7)

Sensible Punkte im Verhältnis beider Gruppen sind beispielsweise folgende Fragen: Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verpflichtet, über die Inhalte ihrer Gespräche mit den Betroffenen zu schweigen, oder wird allgemein vorausgesetzt, dass diese Inhalte in Teamsitzungen genannt werden können? Können Betroffene an diesen Teamsitzungen teilnehmen? Werden Akten geführt, und wenn ja, wer kann sie einsehen? Wer bestimmt, wie der jeweilige Etat des Projektes verteilt wird?³⁹

Die Projekte versuchen, **die Vorteile beider Beziehungsvarianten zu nutzen.** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mal ›Therapeut‹, mal ›Freund‹, abhängig von der jeweiligen Situation und Beziehung. PODVOLL (1994, S. 355) bezeichnet dies als das ›Dilemma der therapeutischen Freundschaft‹. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine »**Doppelfunktion**« (BRAUN et HERGRÜTER 1980, S. 105; Hervorh. d. d. Autor), vollführen teilweise einen Spagat zwischen verschiedenen Rollen. Mosher spricht sich dafür aus, dass es trotz der Vermischung klare Rollendefinitionen geben sollte (vgl. BRILL 1996, S. 45). Betroffene sollen einerseits durch selbstverantwortetes Handeln ihre Krise meistern, andererseits sind sie dabei auf Unterstützung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen. Dieses Verhältnis enthält sowohl **verbindende als auch dialektische Aspekte.** Wichtig erscheint die **Transparenz von Rollenunterschieden** und ein von **gegenseiti-**

39 Vgl. KONZEPTION des Berliner Weglaufhauses (1995, S. 19; s. Anhang G.): »Der reale Unterschied zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen wird nicht geleugnet, und es wird keine illusorische Gemeinschaft von völlig Gleichen propagiert. Gerade deshalb werden die institutionellen Kommunikationsprozesse in möglichst großer Offenheit geführt: Weder gibt es Akten über die BewohnerInnen noch Aufzeichnungen, die ihnen nicht zugänglich wären.«

gem Vertrauen getragenes Verhältnis zwischen Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Betroffenen, in dem mehr mit- als übereinander gesprochen wird.⁴⁰

Hervorzuheben bleibt trotz aller Beziehungsdilemmata, dass es in allen Projekten für sehr viele Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Betroffene möglich ist, **etwas** im geistigen, zwischenmenschlichen Austausch mit einem oder mehreren Menschen **zu teilen**, das letztlich **unabhängig** von einem Rang, einem Status oder einer formalen Struktur ist. Die Projekte enthalten unzählige Beispiele für einen solchen Austausch auf ganz unterschiedlichen Ebenen.

»Immer wieder wird unseren Therapeuten in einer normalen Ausbildung gesagt, sie sollten sich vor Freundschaften mit Patienten hüten. (...) Wir entdeckten, dass es sehr viele unterschiedliche Auffassungen von Freundschaft und viele Reifegrade einer Freundschaft gibt und dass man eine Menge aus einem offenen Dialog darüber lernen kann. (...) Es wurde uns klar, dass dies nicht nur eine Problem der Basisbetreuung ist, sondern in allen menschlichen Beziehungen eine Hauptrolle spielt. (...) Wenn Sie Basisbetreuung praktizieren, werden Sie entdecken, dass all Ihre Vorstellungen und Vorurteile über Freundschaft in Frage gestellt werden.« (PODVOLL 1994, S. 355 f.)

»Das Leben in der Soteria zeigte, dass gegenwärtige Vorstellungen von der Notwendigkeit professioneller Distanz und Neutralität in therapeutischen Beziehungen fragwürdig und kontextabhängig sind. Optimale Distanz, so meine Schlussfolgerung, ist Ausdruck der Fähigkeit des Therapeuten, sich auf menschliche Beziehungen ganz allgemein und auf solche mit Psychotikern im besonderen einzulassen. Sie wird weitgehend vom umgebenden Milieu bestimmt.« (Zitat von L. Burti aus MOSHER et BURTI 1992, S. 17)

Von Seiten mancher Betroffener wird **angezweifelt**, ob eine wirkliche Gleichheit zwischen Begleiterinnen bzw. Begleitern und den zu Begleitenden überhaupt bestehen kann, wenn die begleitenden Personen nicht selbst von Psychosen betroffen waren oder sind.

»Perhaps the whole idea of having psychiatrists living in the house makes true equality impossible.« (CHAMBERLIN 1988, S. 143) Die Gründung von Selbsthilfeorganisationen und -projekten resultierte unter anderem aus **Kritiken am psychiatrischem Expertentum** (vgl. Anhänge G., H., J.; VII. 6.; CHAMBERLIN 1988; SCHAEF 1992).

VI. 3. 4. *Personalschlüssel und Arbeitszeiten*

Die Zahl der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der **Soteria Kalifornien, des Burch House und der Soteria Bern** entspricht annähernd der Zahl der Betroffenen im jeweiligen Haus. Zählt man jeweils Projektleiterinnen und -leiter, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, sowie die in Krisenzeiten eingesetzten ›volunteers‹ mit hinzu, ergibt sich im Durchschnitt für die drei Projekte ein **Personalschlüssel von ca. 1,5 : 1**.⁴¹ (Personal : Betroffene)

40 Vgl. PETERS (1996, S. 6 f.) zur Arbeit im Berliner Weglaufhaus: »Wir versuchen im Haus eine Atmosphäre weitgehender Gleichberechtigung zu schaffen und wissen wohl, dass zwischen uns Mitarbeiter/Innen und den Bewohner/Innen faktisch ungleiche Beziehungen existieren. (Wir können z. B. Hausverbot erteilen), was nicht heißt, dass wir nicht auch diese Ungleichheit thematisieren.«

41 Üblicherweise gilt der Personalschlüssel der vier Projekte als ›hoch‹. Die Frage ist, wie ›hoch‹ denn der Personalschlüssel traditioneller Akutstationen ist, wenn man all die Men-

Die 48h-Schichten der Soteria Bern bieten einerseits den Vorteil einer langen, intensiven Kontaktaufnahme. Andererseits ist die Belastung meist sehr groß. Man ist häufig die ganze Zeit im Dienst, hat kaum Rückzugsmöglichkeiten (vgl. BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 176). Für manche Klientinnen und Klienten kann es auch ein Problem sein, sich nach so langer Zeit von jemandem zu trennen. Jemand aus dem Team der Soteria Bern ist sich nicht sicher, »(...) ob es die geeignetste Art ist, Kontinuität in einer Beziehung herzustellen. Wenn ich mir hingegen wieder die andere Variante von drei Schichten im Tag vorstelle, so muss ich den Kopf schütteln. Das gäbe ein zu großes Durcheinander.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 115)

Durch das Zusammenwohnen der Interns und Clients im Burch House war eine Voraussetzung für kontinuierliche und flexibel zu handhabende Beziehungen gegeben. Andererseits war damit vermutlich auch ein größerer Abgrenzungsaufwand für die Bewohnerinnen und Bewohner verbunden (vgl. VI. 3. 3.). Im **Windhorse-Projekt** kann ein therapeutisches Team für einen einzelnen psychotischen Menschen aus bis zu acht Menschen bestehen, die, mit Ausnahme der ›housemates‹, jeweils maximal ca. zehn Stunden pro Woche in einem Team arbeiten.⁴² Auch kleinere Teams mit beispielsweise drei Menschen und jeweils fünf bis sieben Stunden pro Woche sind möglich. Die Schichttherapeuten und -therapeutinnen übernehmen jeweils bis zu zwei 3h-Schichten, ein Psychosekranker kann zwischen keiner und drei Schichten pro Tag in Anspruch nehmen. Drei Stunden entsprechen laut Podvoll einem natürlichen Rhythmus. Man kann in dieser Zeit wieder in Kontakt miteinander kommen, etwas zusammen tun und danach auch wieder alleine sein.

»Warum dauert eine Schicht drei Stunden? Einfach weil diese Zeit für zwei Menschen ausreicht, etwas Ordentliches miteinander zu unternehmen. Es ist genügend Zeit, die Küche zu putzen, eine kurze Wanderung in den Bergen zu machen, Einkäufe zu erledigen oder gemütlich zusammen zu Abend zu essen. Und wenn gerade Krisenstimmung herrscht, reichen drei Stunden, sich in die Situation einzufühlen, zu veranlassen, dass der Patient sich ausspricht (...). (...) Wir hatten verschieden lange Schichten ausprobiert. (...) Alles aber, was über drei Stunden hinausgeht, wird schwierig. Die Menschen müssen sich ja auch voneinander erholen, brauchen Zeit für sich selbst und die Verarbeitung einer Schicht.« (PODVOLL 1994, S. 329)

VI. 3. 5. Supervision

Die Bedeutung einer Supervision als **regulatives und rückversicherndes Element** für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird von allen vier Projekten hervorgehoben. Laut CIOMPI (1993a, S. 174) kann das Soteria-Projekt aufgrund »seiner enormen emotionalen Besetzungen wegen von inneren Spannungen und Konflikten nicht frei sein«.

»Jeder Therapeut wird in einem Team sehr eingebunden sein müssen, wenn er eine Psychose begleitet, da die Stabilität und Ordnung seines eigenen Bewusstseins auf diese Weise am besten abgestützt werden kann. Besonders hilfreich dabei ist die Supervision der Behandlung.« (GALUSKA 1996, S. 14)

schen zum Personal zählt, die in irgendeiner Weise für die Station arbeiten: Pflegerisches und ärztliches Personal, Aushilfen, Verwaltungsangestellte, Sekretärinnen, Hausmeister, Küchenbedienstete, Reinigungsfachkräfte, etc.

⁴² Es ist auch möglich, in mehr als einem therapeutischen Team mitzuarbeiten.

Gerade weil in den Projekten eine geringere Rollenfestlegung als üblicherweise besteht, steigt die Komplexität der Beziehungen. Intensive intra- und interpsychische Prozesse sind den Projekten unvermeidlich inhärent, vgl. AEBI et SCHNEIDER (1993, S. 144):

»Praktisch in allen anderen Settings gibt es bessere Möglichkeiten, sich zu distanzieren. (...) Weil die Soteria-Betreuer so stark involviert waren, brauchte es in der Supervision oft einen größeren Einsatz um herauszufinden, was vom Einfluss der Patienten kam und was von der Persönlichkeit der einzelnen Betreuer.«

J. Schneider war sieben Jahren lang Supervisor der Soteria Bern. In der Supervision ging es aus seiner Sicht häufig um Übertragungen von Seiten der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowie den dazugehörigen Gegenübertragungsprobleme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. »Die Soteria hatte immer eine **projektive Tendenz**.« (a. a. O. S. 150; Hervorh. d. d. Autor) Die Gegenübertragungsprobleme der Betreuerinnen und Betreuer erinnerten ihn manchmal

»(...) an die Bewohner, die auch alles, was schwierig war, auf die Eltern oder die Gesellschaft oder was auch immer zurückführten. Es zeigte sich dann oft, dass hinter dieser projektiven Haltung Probleme mit einem bestimmten Bewohner steckten. Diese Verschiebungen der Probleme, z. B. weg vom Patienten auf einen Betreuer oder gar Außenstehende waren sehr mühsam aufzuarbeiten« (a. a. O. S. 150).

Weitere Schwierigkeiten sah er in Teamkonflikten, Abgrenzungsprozessen sowie der Anforderung authentisch-echt zu sein und gleichzeitig ein passendes therapeutisches Milieu zu schaffen:⁴³ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hätten häufig unwillentlich und unwissentlich **die Schwierigkeiten und Merkmale der Betroffenen übernommen**, z. B. Entscheidungsunfähigkeit, Verwirrung oder eine Abwehr gegen jede Form inneren Erlebens.

»Für viele war es dabei **schwierig, sich von den Patienten auf eine gute Art abzugrenzen**, das war ein typisches Problem. Dann die Unsicherheit, das Gefühl des Versagens, des Ungenügens. Manchmal fühlten sich die Betreuer dadurch verpflichtet, fast unerträgliche Situationen auszuhalten. Bezeichnend für diese ungeheure Belastung war die Art, wie die meisten die Zeit unmittelbar nach der Arbeit verbrachten: Dass sie für eine Weile keinen Kontakt zu Freunden oder Partnern suchten, sondern sich zurückzogen, erschöpft waren, fast alle zuerst ein Bad oder eine Dusche nahmen und ihre Kleider wechselten und so versuchten, Abstand zu gewinnen von den Stimmungen und Zuständen, mit denen sie sich während des Dienstes in der Soteria beschäftigt hatten. Es ist sehr eindrücklich, wie lange sie meistens brauchten, um in den Alltag zurückzufinden. Ich bin überzeugt, dass das mit der Nähe und der langen Zeit zusammen mit den psychotischen Patienten und deren spezifischen Abwehrprozessen zu tun hat.« (a. a. O. S. 143 f.; Hervorh. d. d. Autor)

Die Supervisionen des Burch House, an denen ich teilnahm, beinhalteten im Grunde die-

43 Insgesamt rühmt J. Schneider das große Engagement und den großen Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Betroffenen (vgl. AEBI et SCHNEIDER 1993, S. 142). BRÜGGE (1994, S. 119) kommt ebenfalls für die Soteria Bern zu dem Schluss: »Bei den BetreuerInnen scheint eine außerordentliche Bereitschaft vorhanden zu sein, das Erlebte nachzuvollziehen, zu verstehen und z. T. auch stehen zu lassen und nicht zu behandeln, einen menschlichen Kontakt mit den Betroffenen herzustellen.«

selben Themen. Häufig ging es in Konflikten untereinander oder mit Betroffenen um die Fragen: Was ist dein Anteil? Was ist sein oder ihr Anteil? Wie kam es dazu? Was lässt sich ändern?

Im Windhorse-Projekt fertigen die Teamtherapeutinnen und -therapeuten **Berichte** über die einzelnen Schichten an (vgl. PODVOLL 1994, S. 330ff.), in denen sie darüber schreiben sollen, wie es ihnen und dem Patienten bzw. der Patientin während der Begleitung ging. Diese Berichte werden dann in Supervisionssitzungen besprochen. Ein Beispiel für eine Supervision in der Soteria Kalifornien findet sich in MOSHER et al. (1973, S. 393):

»A brief account of an early experience illustrates the way training is conducted and the role of our consulting psychiatrist. A new patient, Paul, had a history of violent outbursts, but since admission he had been quietly trailing after one of the staff, Stan, helping him with household chores and errands. On his third day in the house, Paul became extremely quiet during lunch, began to weep silently, and retreated to his bed. After about a half hour, Stan wanted to do something but was unsure what it should be. He telephoned the consulting psychiatrist and described what was going on. The psychiatrist asked him what he wanted to do. Stan said he wanted to go into Paul's room. The psychiatrist told him to go ahead and that he would come along soon to help.

By the time the psychiatrist got to the house an hour later, Stan was well into the session with Paul. The psychiatrist notified Stan that he was in the house, but stayed in another room. It was clear that Stan no longer needed any help. He stayed with Paul all afternoon and late into evening. The next day Stan discussed the experience with the psychiatrist in detail, and later related it to the entire staff. The session had been a kind of breakthrough – the first time Paul had been able to express to anyone some of his terrifying thoughts.

By not responding immediately to Stan's call for help, the psychiatrist acknowledged his belief that Stan was capable both of understanding Paul and of dealing with any extreme hostility that he might express. His self-confidence enhanced, Stan continued to feel he could rely on the psychiatrist at times of uncertainty.«

VI. 3. 6. Der Umgang mit Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen

Ein Anliegen vieler psychiatrischer Akuteinrichtungen ist es, die Therapie so zu gestalten, dass Betroffene für sie wichtige Kontakte aufrechterhalten können. In der Soteria Bern und im Windhorse-Projekt wird dieses Anliegen auch vertreten. Die Soteria Bern bezieht für Betroffene wichtige Personen von Beginn an systematisch mit ein und es gibt Informationsabende für Angehörige und Interessierte. Laut Ciompis Schizophreniemodell (vgl. III. 1. 1.) ist eine Heilung möglich, wenn das gesamte Umfeld der Betroffenen in eine Therapie miteinbezogen wird.

»Alles, was wir an Informationen zusammengetragen haben, weist darauf hin, dass es weder eine gesunde noch eine kranke Psyche gibt, die sich abgelöst vom sozialen Kontext verstehen, geschweige denn behandeln ließe.« (CIOMPI 1994, S. 336)

»Therapie kann auch heißen, die soziale Bedeutung des Symptoms zu verstehen und an das System, in dem es aufgetreten ist, zurückzugeben.« (MATAKAS 1992, S. 168)

Auch das Schichtpersonal des Windhorse-Projektes hat eine ähnliche Aufgabe:

»Die Schichttherapeuten dürfen sich (...) nicht nur auf den Patienten konzentrieren,

sondern müssen sich auch um seine ganze Umgebung kümmern. Sie beziehen den Lebensraum des Patienten und die Menschen, die um ihn sind, auch Freund und Familie des Patienten, in ihre Praxis mit ein.« (PODVOLL 1994, S. 322 f.)

Angehörige oder andere wichtige Bezugspersonen können auf Wunsch der Psychosekranken als ›housemate‹ oder als Teamtherapeut bzw. -therapeutin Teil des Teams werden.

Im Burch House und in der Soteria Kalifornien gab es Gespräche mit Angehörigen und anderen nahe stehenden Personen meist während der Aufnahmezeit. Später orientierte man sich an den Wünschen der Betroffenen. Die Projektleiter beider Häuser bzw. ›senior staff member‹ des Burch House boten bei Bedarf familientherapeutische Gespräche an.

VI. 3. 7. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne psychiatrischen Hintergrund⁴⁴

In allen vier Projekten ist es möglich, als therapeutische Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter angestellt zu werden, ohne einen berufsqualifizierenden Abschluss vorweisen zu müssen. Persönlichen Qualitäten und Eigenschaften wird eine größere Bedeutung beigemessen. Man erhofft sich durch den bewussten Verzicht auf übliche Qualifikationen u. a. einen vorurteilsfreieren und leichteren Umgang mit psychotischen Menschen, in dem Fachwissen nicht zur Distanzierung eingesetzt würde. Auf einer Soteria-Tagung in Bremen wurde auch geäußert, »dass nicht ›naive Menschlichkeit‹, sondern ›reflektierte Zuwendung‹ gefragt sei, da nicht jeder Laie ein Verständnis für Psychosen habe« (BRILL 1996, S. 43). Die Eignung »hängt stark vom Einzelnen ab« (AEBI et SCHNEIDER 1993, S. 148). In der Soteria Bern sieht man **Vor- und Nachteile**:

»Sie nahmen (...) viel weniger eine Schonhaltung gegenüber den Bewohnern ein, die wir uns zum Teil angewöhnt hatte, reagierten tatsächlich einfach natürlicher. Andererseits hatte ich manchmal das Gefühl, es fehle ihnen an der nötigen Sensibilität. Aber so allgemein lässt sich eigentlich schlecht etwas sagen. (...) Sie haben etwas Leichtes hineingetragen. Sie haben alles viel lockerer genommen und nicht hinter allem den Wahn gesehen.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 111)

»Einzelne Laien kamen meiner Meinung nach mit eher abstrusen Ideen in die Soteria, und sie versuchten, ihre ganz persönlichen Ansichten über Psychiatriepatienten einzubringen, was fast zu einer Art ›Glaubenskrieg‹ führen konnte. (...) Dann wäre noch zu erwähnen, dass viele Laien anfänglich Mühe hatten mit den massiven Schwierigkeiten der Psychotiker und damit, dass diese sich durch Zureden nicht von ihren Wahnideen abbringen ließen. Da hatte das Fachpersonal weniger Probleme, weil es über eine psychiatrische Vorbildung verfügte und wusste, wie schwer es für einen Patienten ist, aus der Psychose herauszukommen.« (AEBI et SCHNEIDER 1993, S. 148).

CIOMPI (1993a, S. 178) hat Bedenken, »wenn sie irgendwelche esoterischen oder anderen persönlichen Theorien ›an den Mann bringen‹ möchten«. Laien hätten oft aber auch ganz Alltägliches eingebracht und wahrgenommen. »Wenn ein Laie sechs Jahre mitarbeitet, ist er ein Experte im Umgang mit Psychotikern.« (AEBI, HANSEN et NOUVERTNÉ 1993, S. 110). In allen vier Projekten äußert man sich **sehr positiv** über die durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne psychiatrischen Hintergrund hineingebraachte **Vielfalt** an Persönlichkeiten, Alter, Interessen, Nationalitäten, Lebensstile und Ausbildungsniveaus.

⁴⁴ Diese Formulierung entstammt dem Team der Soteria Bern (vgl. BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 168).

In der Soteria Kalifornien und im Burch House waren die Erfahrungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne psychiatrische Hintergrund so positiv, dass die Interns (vgl. II. 4.) bzw. die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. I. 4.) hauptsächlich aus dieser Gruppe stammten. In beiden Einrichtungen haben auch ehemalige Klientinnen und Klienten die Rolle von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übernommen.

Im Windhorse-Projekt beginnen Neueinsteiger unabhängig von ihren beruflichen Qualifikationen in aller Regel als ›housemate‹ (vgl. IV. 4.). Für die Rolle eines Teamtherapeuten bzw. einer Teamtherapeutin muss man bereits Erfahrungen im Umgang mit psychotischen Menschen in einem nicht traditionellen psychiatrischen Rahmen gesammelt haben. Die Zusammensetzung eines therapeutischen Teams aus sog. Professionellen und »Bürgerhelfern« (KAUFMANN 1996, S. 837) sei eine »leitbildartige Zukunftsperspektive für die Weiterentwicklung extramuraler Strukturen im Gesundheitswesen. Die Entwicklung von Partizipationsformen dieser Art könnte auch präventive und psychohygienische Aufgaben erfüllen« (a. a. O. S. 838).

Im Berliner Weglaufhaus besteht das therapeutische Team zu einem Teil aus ehemaligen Betroffenen: »Insbesondere Psychiatrie-Betroffene besitzen aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen eine potenzielle Qualifikation, die keine professionelle Ausbildung vermitteln kann.« (KONZEPTION des Berliner Weglaufhauses 1995, S. 16)

»Für die psychiatriebetroffenen MitarbeiterInnen beinhaltet die Arbeit auch eine Konfrontation mit der eigenen Geschichte. Die BewohnerInnen stellen oft Fragen wie: ›Wie war das bei dir in der Psychiatrie? Wie ging es dir beim Absetzen von Psychopharmaka? Wie lange hat es gedauert? Wie gehst du heute mit bestimmten Erfahrungen um?‹ Die Arbeit kann durchaus zur Gratwanderung werden, auf der auch MitarbeiterInnen in Extremzustände oder Ausnahmesituationen geraten.« (HÖLLING 1996, S. 22)

JØRSTAD (1978, S. 127) vertritt die Auffassung, dass sich **insbesondere Krankenschwestern und -pfleger** für milieutherapeutische Aufgaben eignen:

»Krankenpfleger ohne Spezialausbildung müssen, genauso wie Ärzte ohne psychiatrische Erfahrung, eine Umschulung durchmachen, die zum Teil sehr schmerzvoll sein kann. Die traditionell unterwürfige Haltung Ärzten gegenüber ist in einer milieutherapeutischen Arbeit nicht sehr zweckmäßig und auch nicht die einseitige Rolle des Arztes als aktiver Helfer dem Patienten gegenüber. Die Grundausbildung als Krankenpfleger wird trotzdem eine gewisse professionelle Sicherheit geben, da sie Kenntnisse über Fachbereiche einschließt, die einem auch in der psychiatrischen Krankenpflege zugute kommen. Nicht zuletzt gibt aber die Grundausbildung einem eine gewisse **Übung im schwebenden Gleichgewicht zwischen Nähe und Abstand**. In allen therapeutischen Beziehungen ist dieses Können zentral, besonders aber in der milieutherapeutischen Arbeit, wo die Nähe zu den Patienten oft ausgeprägt ist.« (Hervorh. d. d. Autor)

VI. 3. 8. Gruppengröße

Alle vier Projekte sind konzipiert als **kleine Einheiten**. Die Summe aus Betroffenen plus therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern plus Projektleiter liegt für die Soteria Kalifornien, die Soteria Bern und das Burch House um 15 Personen. Ein Windhorse-Team einschließlich des oder der Betroffenen besteht maximal aus zehn Personen. Je kleiner und konstanter eine Gruppe ist, desto offener und verbindlicher kann gesprochen werden

(vgl. HEIM 1978, S. 108). Je größer eine Gruppe ist, desto kleiner ist der Anteil der einzelnen Mitglieder am Gruppengeschehen und desto ausgefeilter müssen Kommunikations- und Verhaltensregeln sein (vgl. MOSHER et al. 1994, S. 15).

MOSHER et al. (1994, S. 71) sind davon überzeugt, dass nur eine Gruppe von acht bis zwölf Menschen effektiv funktionieren kann, ohne in Untergruppen zu zerfallen. Bei zu vielen Menschen gäbe es zwangsläufig Konflikte zwischen Untergruppen, bei zu wenigen würden sich interpersonale Prozesse abschwächen. »In addition, most clinicians believe that 12 patients is the upper limit for effective group therapy.« (MOSHER 1995, S. 114) Die Zahl der Betroffenen sollte laut MOSHER et BURTI (1992, S. 190) in den Einrichtungen auf sechs bis acht beschränkt bleiben um einer Familie ähnlich zu sein. Dies sei ein entscheidendes Charakteristikum des Soteria-Projektes gewesen. MOSHER et BURTI (1992, S. 189 f.) sind weiterhin der Meinung, dass eine funktionierende therapeutische Gemeinschaft ungefähr jeweils zur Hälfte aus Betroffenen und Nicht- bzw. nur gering eingeschränkten Betroffenen bestehen solle:

»Ein Gleichgewicht von sechs Klienten – wovon zwei oder drei bereits schon länger dort und so weit wiederhergestellt sind, dass sie relativ ungestört scheinen – und zwei oder drei quasi-normale Mitarbeiter (einschließlich Studenten) macht eine optimale Mischung aus.« (a. a. O. S. 189 f.)

VI. 3. 9. Psychotherapie

Die **Soteria Kalifornien** und die **Soteria Bern** bieten **keine formale Einzelpsychotherapie** im Haus an. In der Soteria Kalifornien wurde ganz bewusst darauf verzichtet, weil das gesamte Leben im Soteria-Milieu als eigentliche Therapie verstanden wurde:

»Diese Philosophie beugt unserer Meinung nach einer Fragmentierung der Klienten vor, und einem Misstrauen der Gemeinschaft gegen das, was hinter geschlossenen Türen passiert; auch lässt sie keine Hierarchie therapeutischer Wertigkeiten entstehen. Das heißt: für das Milieu als Behandlungsrahmen kann die ›wahre‹ Behandlung nicht eine Stunde Einzelsitzung im Zimmer mit einem Therapeuten sein.« (MOSHER et BURTI 1992, S. 191)

L. Burti war von dem Gedanken bewegt,

»(...) dass ›Sein-Mit‹ in Gegensatz gebracht zu ›Tun-Für‹, das Herz der Therapie ist. Das Leben in Soteria machte ganz klar, dass jedweder technologischer Zusatz, wie zum Beispiel im Büro durchgeführte Psychotherapie, ohne Bedeutung ist. Der gesamte Rahmen, die Routine des täglichen Lebens, das war, in der Tat, die Therapie. Herkömmliche Formen der Psychotherapie wirkten in dieser Umgebung **künstlich und dekontextualisierend**« (Zitat von L. Burti aus MOSHER et BURTI 1992, S. 17; Hervorh. d. d. Autor).

Für CIOMPI (1993a, S. 178) ist die tragende Arbeit der Begleiterinnen und Begleiter vergleichbar mit der »Art und Weise wie eine gute Mutter spontan mit ihrem aus schweren Träumen aufschreckenden Kind umgeht« und damit »›echte Psychotherapie‹ im besten, auch analytischen Sinn«. Eine Einzeltherapie außerhalb der Soteria Kalifornien oder der Soteria Bern war bzw. ist jederzeit möglich. Eine Erkenntnis des therapeutischen Teams der Soteria Bern war:

»(...) die (Psychologen, Ärzte) wollen spezifische Therapien anbieten, und die sind auch ganz spezifisch ausgebildet, in der Regel ganz spezifische Therapieformen, die wir hier

nicht anbieten können. Es geht nicht, das schließt das Konzept z. T. auch aus, ganz klar.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 168)

Die ›senior staff member‹ des **Burch House** verfügten alle über sehr viel therapeutische Erfahrung. Die meisten von ihnen hatten eine abgeschlossene psychotherapeutische Ausbildung. Einzel-, Gruppen- oder Familiensitzungen, an denen die ›senior staff member‹ teilnahmen, sind schwer mit einer klassischen Psychotherapie zu vergleichen, weil sich ›senior staff member‹ und Klientinnen bzw. Klienten nicht nur in den Sitzungen, sondern zum Beispiel auch beim Abendessen begegneten, und weil es häufig keinen festen äußeren Rahmen gab, wie beispielsweise ein Therapiezimmer oder zeitlich fixierte Verabredungen. Klientinnen und Klienten konnten eine solche ›formale‹ Therapie außerhalb des Hauses in Anspruch nehmen.

Im **Windhorse-Ansatz** ist eine Einzelpsychotherapie **fester Bestandteil** des Konzeptes, eine »Dimension der Bindung« (PODVOLL 1994, S. 389) unter anderen.

»Die Grundvoraussetzung dieser Psychotherapie ist, dass Heilung einer Psychose möglich und dass der Hauptfaktor dabei echte menschliche Wärme ist. Es gibt keine Arznei, die diese Wärme ersetzen könnte.« (PODVOLL 1994, S. 326)

J. Fortuna schildert ein konkretes Beispiel einer Psychotherapie mit Jonah, einem Mann, dem von Psychiatern die Diagnose ›chronische Schizophrenie‹ gegeben worden war, und der seit fünf Jahren unter einer ihn hartnäckig quälenden Stimme litt.

»The task for the IP (= Intensive psychotherapy, Anm. d. Autors) session was for Jonah and me to learn to meaningfully communicate. We settled down in long silences and often shared a cup of tea. I had to abandon strategies to change or rescue Jonah to truly listen to him. (...) Most psychiatrists with whom I have spoken have assured me that such intensive therapy is too stimulating for the fragilely defended ego, is an anachronism now that we have biomedical science and neuroleptics, has not been shown by research to be of benefit, is not cost-effective, and has only been useful in elucidating psychotic phenomenology. Critics often fail to appreciate that IP acquires **unique value when practiced within an integrated therapeutic team**. I am also faced with personal doubts that nothing is really happening, that I am not trained enough to deal with transference issues, or that too much time and money is being spent on just sitting together. During a session, Jonah, with a word or glance, drew me out of these moments of doubt back to our relational space. Jonah was always on time for our sessions, and we both valued our time together.

I introduced an exercise to help Jonah control his involuntary muttering and snarling that was distracting us. Sitting side by side, we focused our attentions on a clock for 2-minute intervals and held our mouths closed, breathing normally. During the exercise, Jonah's mouth did not move, and, to his surprise, he reported that he did not hear the ›voice‹. Later, the practice was transferred to the shifts, and the interval was extended to 5 minutes. Eventually, Jonah learned to hold his mouth still and to stop the ›voice‹ for several minutes at will, enabling him to stabilize and extend these islands of clarity.« (FORTUNA 1995, S. 179; Hervorh. d. d. Autor)

Die zwei vielleicht wichtigsten Funktionen einer Psychotherapie für psychotische Menschen bestehen darin, **eine weitere tragfähige Beziehung herzustellen und ein Verständnis für die Mechanismen zu entwickeln**, die in eine Psychose hinein und wieder hinaus führen.

Zumindest die letztgenannte Funktion ist in der Arbeitsweise der Soteria Kalifornien, der Soteria Bern und des Burch House auch ohne eine externe Psychotherapie enthalten. Der Vorteil einer Therapie außer Haus liegt in dem Nichteingebundensein einer Psychotherapeutin bzw. -therapeuten in täglichen Abläufe, sodass eine unvoreingenommene Perspektive möglich ist.⁴⁵

VI. 3. 10. Organisatorische und zeitliche Strukturen⁴⁶

Alle vier Projekte haben das Ziel, den Betroffenen einen **möglichst großen individuellen Gestaltungsraum** zu ermöglichen. In der Soteria Kalifornien, im Burch House und in der Soteria Bern gibt es neben zeitlich festgesetzten Tagespunkten (Haustreffen, gemeinsame Mahlzeiten und Freizeitaktivitäten, etc.) **sehr viel unverplante Zeit**, die den Betroffenen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu freien Verfügung steht. Aus den alltäglichen Bedürfnissen der Betroffenen und des therapeutischen Teams entstehen so immer wieder neue Strukturen. Die Alltagsgestaltung selbst soll eine therapeutische Funktion haben (vgl. I. 7.; II. 7.; III. 7.; IV. 4.). **Organisations- und Therapieebenen**, die in traditionellen psychiatrischen Akutstationen meist getrennt sind und auf die Betroffene wenig bis keinen Einfluss haben, **gehen ineinander über**.

In allen vier Projekten gibt es immer wiederkehrende Diskussionen darüber, ob Langeweile und ›Zeiten des Rumhängens‹ für die Betroffenen sinnvoll und therapeutisch nützlich sind.

»Es stellt sich die Frage, wie sehr ein Mensch zu Aktivitäten ermuntert oder seiner Eigeninitiative bzw. Langeweile überlassen werden soll.« (AEBI 1993c, S. 133 f.)

»Auch Passivität eines Mitglieds kann eine gewisse Zeit lang durchaus sinnvoll und therapeutisch sein.« (aus dem Konzept der Villa Therapeutica, Anhang F., in: BRILL 1996, S. 103)

Unterschiede bestehen zwischen manchen Vertreterinnen und Vertretern des Burch House und der Soteria Bern hinsichtlich der Einschätzung über das richtige Maß an ›äußerer Aktivierung‹. Während man in der **Soteria Bern** einen größeren Bedarf an **rehabilitativen Angeboten** für die Zeit nach der akuten Psychose sieht (vgl. III. 10.) setzte man im **Burch House** mehr darauf, dass die Betroffenen irgendwann **eigene Ideen und Wünsche** darüber entwickeln, was sie mit ihrer freien Zeit tun möchten. Nach meiner Einschätzung war es manchen Betroffenen im Burch House irgendwann einfach zu langweilig, sodass sie selbst aktiv wurden. Interns des Burch House hatten private und berufliche Kontakte außerhalb des Hauses (Teilzeitjob als Skilehrer, psychotherapeutische Weiterbildung, Mitglied einer Musikband, etc.) und somit auch einen Vorbildcharakter. Durch das Zusammenwohnen von Interns und Betroffenen gab es für die Betroffenen vermutlich mehr

45 »Was die Psychotherapie der Psychosen an funktionellen Veränderungen bewirken kann, lässt sich nur durch Anwendung der Psychotherapie herausfinden. Die Frage andererseits, ob den endogenen Psychosen ein krankhafter organischer Prozess zugrunde liegt, lässt sich nur durch naturwissenschaftliche empirische Untersuchungen beantworten. Sollte dieser Nachweis irgendwann positiv gelingen, sagt das noch nichts über die funktionelle Wirkung von Psychotherapie. Man darf allenfalls vermuten, dass die Möglichkeit einer Heilung durch Psychotherapie für diesen Fall in Frage gestellt ist.« (MATAKAS 1992, S. 25)

46 Dieser Abschnitt ergänzt sich mit VI. 4. und VI. 6.

Anreize zur Tagesgestaltung als in der Soteria Bern. Anhand des vorliegenden Materials kann nicht gesagt werden, ob mehr oder weniger vorgegebene Struktur für Betroffene besser oder schlechter ist. Manche Betroffene möchten mehr Struktur, andere bevorzugen nicht vorstrukturierte Freiräume (vgl. II. 9.).

»Es gab immer wieder Betreuer, die darauf drängten, eine Tagesstruktur einzuführen, andere hatten mit dieser Tatenlosigkeit der Bewohner kein Problem, auch die Bewohner nicht. Ich glaube, dass die Tagesstruktur mehr einem Bedürfnis mancher Betreuer entsprach.« (AEBI et SCHNEIDER 1993, S. 150)

Das **Windhorse-Projekt** unterscheidet sich in seiner organisatorischen Struktur deutlich von den drei anderen Projekten. Es bietet den Betroffenen **den im Vergleich größtmöglichen individuellen Gestaltungsraum**.⁴⁷ Die Betroffenen stehen im Mittelpunkt aller für sie und mit ihnen zusammengestellten therapeutischen Bemühungen. Betroffene im Windhorse-Projekt tragen die größtmögliche Verantwortung für ihren Haushalt, ihre Zeiteinteilung, ihre Aktivitäten, etc. und haben vermutlich auch eine größere Chance, bestehende soziale Verbindungen und Rollen, z. B. als Mitglied eines Vereines, aufrechtzuerhalten als die Betroffenen der drei anderen Häuser (vgl. WARNER 1995, S. 245; KRISOR 1995).

»The ›revolving door‹ problem, such as going in and out of the hospital, is lessened because the intensity and cost of the team adapt to the patient's changing condition. The patient and his or her family become active collaborators in the team as a micro-healing community, and the benefits of involvement are shared among everyone. This intimacy of mutual caring fosters bonds of human kinship similar to an extended family or clan.« (FORTUNA 1995, S. 187 f.)

Die Formen der Windhorse-Teams sind so verschieden wie die Lebenssituationen der Betroffenen. Wichtigstes strukturgebendes Element im Windhorse-Ansatz sind die verschiedenen **Sitzungen**. Diese sind für die Wirksamkeit eines therapeutischen Teams und der Wohngemeinschaft »unverzichtbar« (PODVOLL 1994, S. 335). Es gibt regelmäßige Sitzungen

- der Wohngemeinschaft (Patient, ein bis zwei Hausgenossen) mit dem Teamleiter
- des gesamten therapeutischen Teams (Teamleiter, leitender Therapeut, Teamtherapeuten, Hausgenossen) mit dem Patienten
- des Teamleiters mit dem leitendem Therapeuten
- des leitenden Therapeuten mit beliebigen Gruppen von Teamtherapeuten (Supervision).

Diese Treffen sind eine essenzielle Grundlage des sozialen Zusammenhaltes, da es keine feste Einrichtung, kein Haus gibt, das eine physische Grenze der therapeutischen Um-

47 Vgl. NOUVERTNÉ (1993, S. 164 f.): »Das institutionelle Setting, das die Soteria den betroffenen Patientinnen und Patienten bietet, grenzt sich zwar radikal von herkömmlichen Strukturen ab, es stellt sich jedoch die Frage, ob Angebote in wohngemeinschaftsähnlichen Formen das Bedürfnis psychisch Erkrankter in akuten Krisen nach Abgrenzung nicht eher unnötig erschwert. Gerade aus der Vulnerabilitätstheorie lassen sich radikalere institutionelle Settings ableiten als das der Soteria. Ist nicht eine weitere Individualisierung der Behandlung nötig und möglich? Ist die menschliche Nähe im ›weichen Zimmer‹ nicht des Guten zu viel? Kann die Dichte von Beziehungen in einer so kleinen Einrichtung in einer akuten Psychose nicht eine enorme Belastung sein?«

welt darstellt. »Die Sitzungen sind selbst schon eine Form der Betreuung, weil sie für die Wohngemeinschaft und alle Mitglieder des Teams bestimmte Funktionen erfüllen.« (PODVOLL 1994, S. 334)

VI. 4. Mitbeteiligung

Alle vier Projekte legen Wert auf die Mitbeteiligung der Betroffenen an der Aufrechterhaltung der jeweiligen Haushalte in Form von Kochen, Einkaufen, Renovierungsarbeiten etc. Auch Wünsche und Meinungen der Betroffenen hinsichtlich Tagesgestaltung, Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, allgemeiner Projektplanung o. Ä. werden ernst genommen. Das tatsächliche Mitspracherecht ist allerdings sehr unterschiedlich. Während es in der **Soteria Kalifornien, der Soteria Bern und im Windhorse-Projekt klare hierarchische Strukturen** gibt, in denen letztlich eine einzelne Person (Projektleiter, Arzt, Teamleiter) über die Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Einzug und Auszug von Betroffenen entscheidet, gab es im **Burch House** für diese Situationen **Abstimmungen nach dem Mehrheitsprinzip**, an denen Betroffene, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichberechtigt beteiligt waren. Unabhängig von Abstimmungen entschied der therapeutische Direktor jedoch allein über die grobe Etatplanung und die Anstellung von Teilzeitmitarbeiterinnen und -mitarbeitern, nicht jedoch über den Einzug oder Auszug von Interns.

VI. 5. Validation

In allen vier Projekten ist man sehr bemüht, psychotische Menschen **ernst zu nehmen** und das, was sie erleben, zu respektieren und nicht als sinnlos und wertlos einzustufen. Ernstnehmen ist dabei nicht gleichzusetzen mit Bestärken. Man versucht nicht, psychotisches Erleben niederzukämpfen, sondern möchte Betroffenen dazu verhelfen, möglichst ohne Medikamente eine **selbstständige Macht über ihre Psychose** zu erlangen. Die Erfahrung, eine Psychose in einem annehmenden Rahmen durchlebt zu haben, trägt bei vielen Betroffenen dazu bei, ein solches Machtgefühl zu entwickeln und eine Krankenidentität zu vermeiden. Die Projekte unterscheiden sich hinsichtlich der Frage, welchen **Sinn** eine Psychose hat:

- Die **Soteria Kalifornien** und das **Burch House** gingen von einem **lebensgeschichtlichen Hintergrund** von Psychosen aus und versuchen das, was Betroffene in ihren Psychosen erlebten, auf diesen Hintergrund zu beziehen. Es existierte kein allgemein gültiges Interpretationsmodell psychotischer Erlebnisse. Man versuchte zu verstehen und auf das einzugehen, was ein Mensch in einer akuten Psychose erlebte. Später wurden mit den Betroffenen zusammen mögliche Lebenszusammenhänge gesucht, aus denen sich bestimmte Wahnvorstellungen herleiten ließen. Ein psychotischer Inhalt erhielt seine Gültigkeit somit als **Produkt intraindividuellem Vorgänge**, als Folge z. B. interpersoneller Prozesse und Verhältnisse, spiritueller Krisen oder Verlusterlebnisse. Dementsprechend wurden psychiatrische Diagnosen, welche eine an Defiziten orientierte Sichtweise nach sich ziehen, nicht angewandt bzw. nur für

Forschungszwecke in der Soteria Kalifornien. Beide Häuser beabsichtigten, den Wahnsinn zur alltäglichen Normalität werden zu lassen. Unter Validation verstehen MOSHER et BURTI (1992, S. 179), dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter »(...) so geschult werden, dass sie die Klienten wissen lassen, dass das, was sie erleben, ganz *real* ist, auch wenn es manchmal nicht *übereinstimmend* bestätigt werden kann. Zum Beispiel kann diskutiert werden, was Halluzinationen sind, was sie bedeuten und welche Gefühle sie in einer Person auslösen, aber sie sollten nicht als unwirklich und ›Teil einer Krankheit‹ bezeichnet werden. Die Halluzinationen als nicht real zu bezeichnen, dient nur dazu, die Fragmentierung des Klienten zu verstärken, die er wahrscheinlich bereits erlebt«.

Der Zeitpunkt, zu dem gesagt wird, dass ein psychotischer Mensch besser nicht mehr psychotisch wäre, und man ihn gleichzeitig drängt, seine Normalität zu verändern oder Psychopharmaka zu nehmen, wurde im Burch House meist später gesetzt als in der Soteria Kalifornien oder in der Soteria Bern. Die Frage, ob man psychotischen Menschen nur lange genug Zeit lassen sollte, bis sie mittels der Unterstützung im Haus einen Weg aus ihrer Psychose finden, lässt sich nicht allgemein gültig beantworten (vgl. II. 8. und insbesondere I. 1. 1.).

In dieser ›**dynamischen**‹ Sichtweise und Sinngebung erhält das Durchleben geistig-seelischen Leidens (Ängste, Gefühle des Verlorenseins, tiefe Verzweiflung etc.) dadurch einen Sinn, dass man der Überzeugung ist, nach überstandenen Leidensphasen in seiner menschlichen Entwicklung **fortgeschritten und reifer** geworden zu sein.

»What actually gives realness to our problems is taking responsibility for our own healing process and going through our suffering. The true effect of taking the responsibility away from the patient, is that the individual is robbed of the ability to heal oneself and develop the body's system of coping with suffering.« (GOLDBLATT 1994, S. 2 f.)

- Die **Soteria Bern** versteht sich als eine psychiatrisch-medizinische Einrichtung. Eine Psychose wird in der offiziellen Sichtweise als ein **psychopathologisches Defizit** gesehen. Erklärt wird eine Psychose, kurz gesagt, als Defizit in der Informationsverarbeitung (s. III. 1.). Es wird weniger darauf eingegangen, was in der Psychose genau passiert und ob psychotisches Erleben noch einen anderen Sinn als den einer individuellen Informationsverarbeitungsstörung haben könnte. »In der Soteria ist der ›Psychose‹-Inhalt oft erst in der Nachbereitung Thema (...).« (BRÜGGE 1994, S. 163) Aus einer eher ›**statischen**‹ Sichtweise wird eine Psychose nicht unbedingt als Chance für inneres Wachstum gesehen. Betroffene sollen vor Reizüberflutungen geschützt und möglichst schnell und problemlos wieder nicht-psychotisch werden. Daneben existieren »nicht-offizielle Konzepte« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 169), die sich beispielsweise mit der spirituellen Dimension von Psychosen befassen.

»Ich denke, Spiritualität kommt dort zum Zuge, wo auch die Lebenserfahrung der Betreuer und Betreuerinnen damit konfrontiert ist oder auch noch Teil der eigenen Lebenserfahrung ist. Dort wird es immer wieder aufgenommen; wichtiges Thema in Psychosen ist die Frage um Religion, Gott, das spielt da immer wieder eine sehr wichtige Rolle. (...) Ein Großteil des Teams ist auch esoterisch angehaucht, und hat Interesse für esoterische Fragen. (...) Aber das fließt nicht in dem Sinne in das Konzept ein, sondern ist dann halt Teil von eigenen persönlichen Ressourcen, die ich je nachdem, z. B. im weichen Zimmer, nutze.« (a. a. O. S. 169)

Zur Frage, ob eine Psychose eine Krankheit oder ein wichtiger Lebens- und Reifungsschritt sei im Sinne einer Krise, die auch integriert werden könne, äußert sich das Team »eigentlich klar für die zweite Formulierung, Psychose als Entwicklungsschritt, als Lebenskrise auch, nicht primär als Krankheit definiert« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 168).

- Im **Windhorse-Ansatz** macht eine Psychose Sinn als Produkt **innerer psychophysiologischer Mechanismen** (s. IV. 2.), die auf ein menschliches Bewusstsein einwirken. Bestimmte Mechanismen erzeugen Wahnvorstellungen, die nicht notwendigerweise einen Bezug zum vorausgegangenen Leben des oder der Betroffenen haben müssen, und die von außen kaum oder gar nicht beeinflussbar sind. Diese in sich statischen Mechanismen wirken selbst dynamisch auf das menschliche Bewusstsein, welches sich des eher statischen inneren Beobachters und der ›Inseln der Klarheit‹ dynamisch bedienen kann, indem es allein oder durch Unterstützung von außen diese Inseln ausweitet und die Mechanismen, welche die Psychose unterhalten, zurückdrängt. Es geht primär nicht um die Frage, ob eine Psychose einen tieferen Sinn für den oder die Betroffene hat oder nicht. Die Frage ist, ob man diese Psychose lange genug aushalten kann bis sich die ›Inseln der Klarheit‹ vermehren und der oder die Betroffene aus dem ›zweiten Zustand‹ entwachsen kann. Dieser Ansatz des Vertrauens auf Selbstregulierungs- und Selbstheilungskräfte enthält also **eine Kombination aus statischen und dynamischen Elementen**. Laut PODVOLL (1994, S. 95 f.) besteht die Sinnsuche für viele Betroffene nach dem Durchstehen einer Psychose in einer Identitätsklärung.

»Bei von Psychosen geheilten Menschen ist es (...) nichts Ungewöhnliches, dass sie sich fast zwanghaft getrieben fühlen, die eigentliche Bedeutung und den Sinn der außerordentlichen Erfahrungen, die sie durchlebt haben und vielleicht wieder durchleben werden, zu ergründen. Für sie ist das gewiss keine akademische Frage, sondern das drängende Bedürfnis, sich selbst zu finden. Auf jeder Stufe der psychotischen Erfahrung kann der Mensch die Versuchung verspüren, metaphysische Theorien zu entwickeln. (...) Bei vielen metaphysischen Hypothesen der Psychotiker handelt es sich nur um bruchstückhafte esoterische Überlegungen, keine vollständigen Systeme.« (PODVOLL 1994, S. 95 f.)

Aus diesen konzeptionellen Unterschieden ergeben sich **Unterschiede in der Praxis** (vgl. VI. 2.). Im **Windhorse-Ansatz** und in der **Soteria Bern** geschieht beispielsweise durch die sorgfältige und ordentliche Umgebung bzw. das ›weiche Zimmer‹ eine **geplantere Strukturvorgabe** als in den beiden anderen Häusern. Man sieht einen psychotischen Menschen stark von psychotischen Mechanismen beeinträchtigt und versucht, ihn durch äußere Vorgaben in seinem inneren Chaos zu unterstützen. Im **Burch House** und in der **Soteria Kalifornien** gab es natürlich auch containment-Funktionen (vgl. VI. 1.), aber man baute eher darauf, dass wenn ein psychotischer Mensch seine Umgebung ändern möchte, er dies auch irgendwann aus **eigenem Antrieb tut**, und man ihm nicht die Chance nehmen sollte, dies zu tun. Den Betroffenen wird hier mehr Raum und mehr Zeit eingeräumt, psychotische Anteile auszuleben.

»For others who have gone through psychosis at Burch House we have seen manipulations of food, furniture, plants and clothing (often burning or cutting their clothing).

These items can end up being destroyed but the manner in which the acts are done are not for the sake of simple destruction. Usually it is methodical and ritualistic, symbolisms that are remembered and reflected upon after the psychosis. This information becomes part of the understanding of the process.« (BROWN 1997, S. 4)

Ein weiteres Beispiel für den Unterschied im Psychoseverständnis ist die Beschreibung des Verhältnisses zwischen Begleiterinnen und Begleitern gegenüber Betroffenen in einer akuten Psychose. Im Berner Projekt spricht man unter anderem von den Aufgaben einer Mutter, die sich um Kinder kümmert, während man dies im Burch House gerade ablehnte und psychotische Menschen bewusst wie Erwachsene behandelte.

VI. 6. Zusammenfassung

Gemeinsam sind allen vier Projekten folgende Überzeugungen bzw. Charakteristika (vgl. MOSHER et BURTI 1992, S. 208; KROLL 1998, S. 48ff):

1. Jeder akut psychotische Mensch trägt in sich ein **Potenzial zur Überwindung der Psychose**. Alte Vorstellungen, dass man den Wahn erst mittels externer Mittel (Psychopharmaka, etc.) besiegen müsse, um eine Heilung zu erzielen, treffen so nicht mehr zu. Im Menschen selbst, der einem Wahn unterliegt, liegen die Chancen zur Heilung (vgl. PODVOLL 1994, S. 89).
2. Selbsterfahrungen psychotischer Menschen, z. B. Stimmenhören, werden **ernst genommen** und als real akzeptiert, auch wenn sie nicht übereinstimmend bestätigt werden können.
3. Extremes menschliches Verhalten, z. B. Regression, **gilt nicht per se als kontrollierbarbedürftig**, sondern erst dann, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt oder das therapeutische Team in einer individuell zu entscheidenden Situation der Meinung ist, dass ein psychotischer Mensch Medikamente versuchen sollte, weil sich innerhalb einer bestimmten Zeit von mindestens zwei Wochen (vgl. III. 8.) keine Veränderung gezeigt hat.
4. Mittels **intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen** wird Betroffenen ein Weg geboten, ihre akute Psychose zu bewältigen, sich in der postpsychotischen Zeit zu stabilisieren und neue Lernerfahrungen zur Vorbeugung weiterer Psychosen zu sammeln. Das was *zwischen* den Beteiligten passiert, hat Auswirkungen auf das, was *in* ihnen passiert.
5. Ziel der Einrichtungen ist es, **dass die Betroffenen sich selbst und ihre Probleme besser verstehen lernen**. In ihnen liegt die gestalterische Basis für Entwicklungsmöglichkeiten und Veränderungen. Aufgabe des therapeutischen Personals ist es, sie darin bestmöglich zu unterstützen, und nicht das Katalogisieren psychotischer Symptome.
6. Zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Menschen wird **ein freundlicher, partnerschaftlicher Umgang** angestrebt.
7. Es gibt **wenige** das Zusammenleben betreffende **Regeln**. Grenzziehungen geschehen meist situativ. Betroffene und das therapeutische Personal müssen freiwillig am Projekt beteiligt sein.
8. Betroffene haben als vorübergehende Mitglieder einer sozialen Gemeinschaft einen

im Vergleich zu Akutstationen großen, **kreativen Einfluss** auf ihre eigene, konkrete, personale und materielle Umwelt. Der weitestgehend selbst zu verantwortende Alltag wird zur Therapie.

9. Es sind **kleine, überschaubare, häusliche Einrichtungen** mit maximal acht Betroffenen.
10. Zumindest ein Teil der therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird **nur** anhand ihres Charakters und ihrer zwischenmenschlichen Fähigkeiten ausgewählt.
11. **Psychopharmaka**, insbesondere Neuroleptika, werden **differenziert und möglichst wenig** eingesetzt.⁴⁸

Die einzelnen Einrichtungen weisen folgende **Eigenheiten** auf:

Das **Burch House** war eine Wohngemeinschaft, in der Interns mit Betroffenen zusammenlebten. Daraus ergaben sich andere und vermutlich **differenziertere Beziehungsmöglichkeiten** als in den anderen drei Projekten. Der Gemeinschaft an sich wurde ein besonderer Wert beigemessen. Im Burch House war man im stärkeren Maß als in den anderen Projekte der Auffassung, »that psychosis is a transitional state that may lead to positive life change for the person experiencing it« (WARNER 1995, S. 154). Betroffene hatten weitgehende Mitbestimmungsrechte und konnten mehrere Jahre ohne den Gebrauch von Psychopharmaka im Haus leben (vgl. II.6.b.)).

Die **Soteria Bern**⁴⁹ unterscheidet sich insbesondere von der **Soteria Kalifornien** durch die Anwendung eines **medizinisch legitimierten Krankheitsmodells** (Gebrauch von Diagnosen, Informationsabende über die Erkrankung, ärztliche Therapieentscheidungen und -verantwortung), den systematischen Einbezug wichtiger Bezugspersonen, systematische Nachbetreuungsangebote, das bewusste Erstellen von Behandlungszielen, die halbanteilige Teamzusammensetzung mit Menschen psychiatrischer Pflegeberufe, die Verwendung sog. Low- oder Target-Medikation, dem direkten Ansprechen möglicher Hintergründe einer Psychose und der Schaffung eines **therapeutischen Feldes** (vgl. CIOMPI et al. 1995, S. 135). Im **Windhorse-Projekt** bezieht sich das therapeutische Team immer nur auf einen von Psychosen betroffenen Menschen. Dieser Ansatz hat die größte **Flexibilität** hinsichtlich Teamzusammensetzung, Therapieplanung und Berücksichtigung der Wünsche und Ursprungsbedingungen der Betroffenen. Bewusster als in den anderen Projekten widmet man sich der **inneren Fokussierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**. Das therapeutische Angebot umfasst explizit **biologische, spirituelle und psychologisch-kognitive Elemente**. Insbesondere der spirituellen Dimension von Psychosen wird viel

48 PERRY (1996b, S. 231) fasst die wesentlichen Elemente seines Projektes kurz zusammen:
 »Der Schlüssel zur Unterstützung des günstigen Verlaufs einer psychotischen Episode liegt darin, dass der Patient sowohl eine Umgebung vorfindet, in der er sich zu Hause fühlen kann, als auch – vor allem – eine Bezugsperson. Dadurch schafft die Gemeinschaft nicht nur die Voraussetzungen für eine Atmosphäre allgemeinen Wohlbefindens, sondern ermöglicht die Entwicklung und das Durchleben. (...) Diese Rahmenbedingungen ermöglichten die Entfaltung des inneren psychischen Prozesses beim Patienten, und zwar (von seltenen, kurzen Ausnahmen abgesehen) ganz ohne medikamentöse Eingriffe.« John Perrys Einrichtung hieß Diabasis und existierte in den Siebzigerjahren in San Francisco. Auch dieses Projekt musste aufgrund von Geldmangel eingestellt werden. Statistische Angaben gibt es leider nicht.

49 Zu berücksichtigen ist, dass sich die offizielle Darstellung teilweise deutlich von der Meinung des therapeutischen Teams unterscheidet (vgl. III.; VI. 5.).

Aufmerksamkeit gewidmet. Das Absetzen von Medikamenten ist ein Bestandteil der Therapie.

Die **Soteria Kalifornien** weist bis auf ihren Pioniercharakter im Vergleich zu den zuvor genannten Punkten keine weiteren besonderen Eigenheiten auf.

Im Ganzen gesehen gibt es **trotz erheblicher Unterschiede in den theoretischen Konzeptionen** (vgl. I. 1. 1.; III. 1. 1.; IV. 1.; IV. 2.) **sehr viele Gemeinsamkeiten in der praktischen Begleitung** (>being with<, >Dabeisein<, Basisbetreuung). Man setzt auf **Beziehungsangebote** und eine **häusliche Umgebung** als Mittel zur Überwindung einer akuten Krise und als stabilisierendes Element in der Zeit danach. Man nimmt **sowohl psychotische wie nicht-psychotische Anteile** in einem von einer Psychose betroffenen Menschen ernst. Regelmäßige **Supervisionen** für therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind ein essenzieller Bestandteil des therapeutischen Gerüsts.

Darüber hinaus lassen sich aus meiner Sicht noch folgende Tendenzen skizzieren: Die **Soteria Bern und der Windhorse-Ansatz** sind durchgeplanter und durchstrukturierter in Richtung einer **professionellen Unterstützung** bzw. **sehr humanen Dienstleistung**. Betroffene werden hier als Patientinnen und Patienten bezeichnet, die Beziehungen zu ihnen werden in der Soteria Bern in einem gleichgerichteten, therapeutischen Feld ausgerichtet, die leitenden Windhorse-Therapeutinnen und -Therapeuten müssen eine Form kontemplativer Übung regelmäßig betreiben, es werden dort Schichtberichte verfasst, etc. Das **Burch House und die Soteria Kalifornien** hatten ein **offeneres Setting** mit weniger konzeptuellen Vorgaben, in dem viel von der Eigeninitiative der Betroffenen und des therapeutischen Personals abhing und aufgrund der existenzialistisch-phänomenologischen Ausrichtung die Individualität jeder einzelnen Beziehung betont wurde. Betroffene wurden als Klientinnen und Klienten bezeichnet, womit auch sprachlich ein Akzent auf Selbstverantwortung und Eigenaktivität der Betroffenen gelegt werden sollte. Dieses Prinzip galt auch für therapeutische oder sonstige Lebensziele, die über den Zustand des Nicht-psychotisch-Seins hinausgingen.

Darüber, ob sich diese Unterschiede in der therapeutischen Wirksamkeit niederschlagen, kann nur spekuliert werden (vgl. VII. 2.). Betroffene und potenzielle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mögen in Abhängigkeit ihrer Wünsche, Bedürfnisse, persönlichen und finanziellen Ressourcen einen Ansatz für besonders, einen anderen für weniger passend einschätzen.

»Gibt es ›psychische Krankheit‹ wirklich, oder ist dies eine verschleiende Metapher, die die Aufmerksamkeit für das, was in Wirklichkeit soziale Probleme mit psychologischen Folgen sind, legitimiert? Haben wir nur soziale Übel zu medizinischen Problemen umdefiniert, damit vielleicht jemand zahlt, um sich ihnen zu widmen?« (MOSHER et BURTI 1992, S. 282; vgl. auch BOYLE 1990)

»We are still not sure what ›real‹ schizophrenia is. The changes this diagnostic group underwent between DSM II, III, III-R and IV attest to this.« (MOSHER et al. 1995, S. 171)

»Dass das ›Wohl‹ des Kranken ganz besonders in der Psychiatrie sehr verschieden verstanden werden kann, macht die belebende und kreative Vielfalt der Psychiatrie aus, die sich (...) nicht auf ein eingeleistetes Verständnis der Psychose und deren entsetzliche Auswirkungen auf die Betroffenen und ihre Angehörigen versteifen kann.« (MÜLLER 1993, S. 170)

VII. Allgemeine Ergebnisse und Zusammenfassungen

Zunächst werden Aspekte von allgemeinpsychiatrischer Relevanz besprochen. Anschließend stelle ich ein weiteres Modell zur Beschreibung psychotischer Menschen und ihrer Beziehungen vor. Zum Schluss geht es um Ausblicke in eine zukünftige psychiatrische Versorgung.

VII. 1. Zur Frage der Qualifikation des therapeutischen Personals

Die Anforderungen, die an therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der vier Projekte gestellt werden, sind zunächst einmal **einfache, menschliche Qualitäten** (VI. 3. 2.). Erfüllt jemand alle oder einen Teil dieser Grundeigenschaften, ist dies die **wichtigste Voraussetzung**, um in einem der vier Projekte auch als ›Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin ohne psychiatrischen Hintergrund‹ eingestellt zu werden, vgl. PODVOLL (1994, S. 356):

»Viele Menschen haben begriffen, worum es bei der Basisbetreuung geht, ohne dass sie die erforderlichen Fähigkeiten direkt trainiert hätten. Wahrscheinlich liegt das daran, dass diese Fähigkeiten nur eine Erweiterung der Eigenschaften sind, mit denen Menschen von Natur aus einander behilflich sein können.«

CIOMPI (1993a, S. 177) ist vehement der Meinung,

»(...) dass die Betreuer und Therapeuten für eine so gravierende Störung, wie es eine akute schizophrene Psychose ist, nach ihren spezifischen Kompetenzen sehr sorgfältig ausgewählt werden müssen – nicht anders als ein Team auf einer somatischen Intensivstation –, wobei für mich **menschliche Qualitäten**, vor allem eine spezifisch

psychoseorientierte Empathiefähigkeit, gepaart mit Feinfühligkeit und psychischer Robustheit, **vor den lernbaren Fachkompetenzen** in der Tat im Vordergrund stehen« (Hervorh. d. d. Autor).

GOLDBLATT (1995a, S. 228) ist überzeugt davon, dass es sich negativ auf psychotische Menschen auswirkt, wenn man sie versteckt kontrollieren will oder Mitgefühl vorspielt.

»Eine der Schwierigkeiten in der Arbeit mit Psychosekranken besteht darin, dass sie gewöhnlich über die geradezu unheimliche Fähigkeit verfügen, tief in die Herzen der Menschen zu sehen, mit denen sie zusammen sind. Oft sind sie in der Lage, die Fassade äußerer Höflichkeit und Expertentums zu durchschauen.«

Auch andere psychosebegleitende Projekte setzten menschliche Eigenschaften voraus, um psychotischen Menschen helfen zu können, insbesondere **affektive Integrität¹ und Empathie.²** Aufgrund ihrer Erfahrungen aus dem Dabeisein bzw. der Basisbetreuung können die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darüber hinaus ihre therapeutische Haltung verfeinern, Begleitungsmöglichkeiten erweitern und ein spezifisches Wissen über psychotische Menschen erlangen (vgl. VI. 2. 1.).

»Tatsächlich kann diese Arbeit von vielen Menschen, wenn sie nur richtig ausgebildet sind, getan werden. (...) Aber diese richtige Ausbildung wird nicht auf den medizinischen Fakultäten, in den Graduiertenseminaren der Psychologen oder in psychiatrischen Kliniken vermittelt. Vielleicht finden sich aber Spuren einer Anleitung zur Basisbetreuung in den Lehrplänen für Krankenpfleger. Diese werden wenigstens dem Prinzip nach mit dem Grundsatz des ›Dienstes‹ an Kranken vertraut gemacht. Sie haben keine

-
- 1 Vgl. BATESON (1958, S. 349): »The minimum requirement is **affektive integrity** and a belief that this integrity will permit the identification of self in others. Lacking these characteristics, it is doubtful whether any psychiatrist can help the psychotic. With them, probably any individual automatically helps. The psychiatrists who have success in this field range in character from extremely extroverted persons with great zest and authority to others as gently humorous as Fromm-Reichmann. There are successful male psychiatrists who feel pain in their own breasts when they give food to a psychotic patient, and others who in the same situation simply feel an expansive manliness. But both may be successful. There is no rule as to what the psychiatrist ought to feel. The only rule is that of integrity. It seems that the schizophrenogenic are those whose feelings can only be expressed through a thousand distorting mirrors of ›oughts‹; and that the patient's hopeless confusion regarding the nature of every message which he receives or emits is a result of dealing with people of this kind – especially in infancy. It must, therefore, be helpful to deal with somebody whose messages are not complicated in this way, who when he is being theatrical is honestly theatrical and who when he is simple is recognizably so. The problem of constructing another such therapeutic community hinges upon finding leaders with these very general and not too rare characteristics.« (Hervorh. d. d. Autor; der letzte Satz bezieht sich auf ›The Oakland Therapeutic Community Experiment, Kalifornien, USA‹, s. Anhang B.)
- 2 Vgl. PERRY (1996b, S. 802 f.): »Der Fortschritt des Prozesses hängt nicht von Expertentum auf dem Abgeben von guten Interpretationen ab, denn die Bilder tun ihre Arbeit der Reorganisation selbst, und zwar auf ihre Weise; man braucht hier anscheinend nur einfühlsame Anteilnahme am inneren Fühlen von Seiten eines Begleiters bei dieser Arbeit. Die Psyche scheint am besten zu funktionieren, wenn ihr Beziehung und Austausch ermöglicht wird.« In Perrys Psychosenmodell sind, in Anlehnung an die Werke von C. G. Jung, archetypische Bilder von Bedeutung, die in psychotischen Menschen wirken, vgl. PERRY 1996b.

Angst, sich bei ihrer Arbeit mit den Menschen ›die Hände schmutzig zu machen‹. Nach meiner Erfahrung erlernen Leute, die vorher Krankenpfleger/innen gewesen sind, die Prinzipien der Basisbetreuung tatsächlich schneller als andere Menschen.« (PODVOLL 1994, S. 337)³

Denkt man diese Überlegungen konsequent weiter und berücksichtigt die verschiedenen Psychosenmodelle (vgl. I. 1. 1.; III.1. 1.; IV.) müsste es möglich sein, ein **Berufsbild eines Bewusstseinspflegers bzw. -pflegerin** zu entwerfen und als neue Berufsausbildung zu etablieren.

Es ist nicht möglich zu sagen, ob die Arbeitsweise der psychosebegleitenden Einrichtungen für die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine größere **Belastung** darstellt als die Arbeitsweise auf psychiatrischen Akutstationen. Zudem gibt es auch zwischen psychiatrischen Akutstationen teilweise erhebliche Unterschiede bezüglich der Häufigkeit und Intensität des Kontaktes mit Patientinnen und Patienten, der Stationsatmosphäre, der Arbeitsmotivation, der personellen und materiellen Ausstattung, etc. Die meisten Interns des Burch House haben ihre Zeit dort als sehr positiv erlebt (vgl. I. 9. 3.).

VII. 2. Zur therapeutischen Wirksamkeit der vier dargestellten Einrichtungen

Da nur für die beiden Soteria-Häuser wissenschaftliche Studien vorliegen, werde ich mich hauptsächlich darauf beziehen und die Erfahrungen der beiden anderen Projekte ergänzen. Für die Soteria-Häuser ergibt sich zusammenfassend:

1. Im Vergleich mit Kurzzeitbehandlungen auf psychiatrischen Akutstationen zeigen sich bezogen auf die unterschiedlichen Untersuchungszeiträume (sechs Wochen bis zwei Jahre nach Therapiebeginn) sowohl in der Soteria Kalifornien als auch in der Soteria **Bern vergleichbare signifikante Rückgänge der Symptome**.
2. Die Probandinnen und Probanden beider Soteria-Projekte nahmen **signifikant weniger Neuroleptika** ein als die Kontrollprobandinnen und -probanden. Die Studien der Soteria Kalifornien beziehen sich dabei auf die absolute Zahl der Neuroleptika-Nutzerinnen und -Nutzer, während die zweite Studie der Soteria Bern hauptsächlich mit Neuroleptikadosen rechnet.⁴ Beide Häuser unterscheiden sich

3 Vgl. das inhaltsverwandte Zitat von Jørstad unter VI. 3. 7.

4 Vgl. ADERHOLD (1997, S. 27): »Ich finde diese Forschungsergebnisse weiterhin revolutionär, weil sie zeigen, dass der Einsatz von Medikamenten bei Menschen in psychotischen Krisen weitgehend durch therapeutische Beziehungen i. S. einer intensiven kontinuierlichen Begleitung ersetzt werden kann, dass also die Medikamente nicht eine Krankheit heilen, sondern die Menschen ersetzen, die auch ohne Medikation die in psychotischen Menschen innewohnende Kraft zur Rückkehr, quasi zur Gesundung wirksam werden lassen können.« Und CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 447): »Auf der einen Seite erscheint als enttäuschend im Vergleich zu den Anfangserwartungen, dass trotz besonderer, auch von Patienten und Angehörigen überwiegend positiv erlebter Bemühungen zur Schaffung von optimalen Behandlungsbedingungen (...) keine besseren Ergebnisse erzielt werden konnten. Er verweist auf die Grenzen der explorierten milieu- und psychotherapeutischen Verfahren. Auf der anderen Seite ist es aber auch eine Tatsache, dass mit den explorierten Methoden trotz

- jedoch hinsichtlich des Einsatzes von Neuroleptika. Bezogen auf den Zwei-Jahres-Zeitraum haben in der Soteria Kalifornien 57 % (1. Kohorte) bzw. 41 % (2. Kohorte) nie von Neuroleptika Gebrauch gemacht, gegenüber 18 % in der Soteria Bern.⁵
3. In **beiden Kohorten der Soteria Kalifornien** lebten die Personen **signifikant unabhängiger** (alleine oder mehr unter Gleichaltrigen anstatt mit ihren Eltern) und hatten **signifikant weniger ambulante Therapiekontakte** als die Kontrollgruppen. Darüber hinaus zeigte die Gruppe der **1. Kohorte signifikant höhere Beschäftigungs- und geringere Wiederaufnahmequoten**. In der **Soteria Bern** ergaben sich im Vergleich mit der Kontrollgruppe der zweiten Studie **keine signifikanten Unterschiede** in den genannten Untersuchungsbereichen.
 4. Insgesamt sprechen die bisherigen Ergebnisse für folgende **Erfolgswahrscheinlichkeiten**:⁶
 - Die **größte Gruppe** der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer hat in den Soteria-Milieus eine große Chance, mit deutlich weniger Neuroleptika als üblich, evtl. auch ohne Medikation auszukommen. Die Ergebnisse der Soteria Kalifornien deuten zudem auf signifikant bessere Ergebnisse zumindest bezüglich Unabhängigkeitslevel und ambulanter Therapiekontakte hin.
 - **Ca. 10–20 %** aller Soteria-Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer benötigen keine Neuroleptika und haben gleichzeitig eine größere Chance als die anderen Soteria-Probandinnen und -Probanden günstigere Ergebnisse hinsichtlich Rückfallhäufigkeit, Arbeits- und Wohnsituation zu erzielen.
 - Eine **kleine Gruppe** von Patientinnen und Patienten scheint »weder auf Pharmako- noch auf Milieu- oder Psychotherapie günstig zu reagieren« (CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 447 f.).
 5. Es gibt sehr viele Hinweise darauf, dass Soteria-Bewohnerinnen und -Bewohner **sich weniger stigmatisiert** fühlen, die **Behandlung positiver erleben, ihre Psychose leichter begreifen und in ihre Persönlichkeit integrieren können** als die Vergleichspatientinnen und -patienten (vgl. CIOMPI, KUPPER et al. 1993, S. 448; CIOMPI 1993b, S. 184; MOSHER et al. 1994; WARNER 1996, S. 245). Die meisten Klientinnen und Klienten des Burch House, die zuvor Patientinnen und Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses waren, bevorzugten den Burch House-Ansatz. Manche Klientinnen und Klienten fühlten sich nach dem medikamentenfreien Durchleben einer Psychose wie neugeboren. Für manche enthielt ihre Psychose persönlich wichtige **Botschaften**: »People have come out of psychotic states and described the experience as a way of finding new meaning in their life.« (BROWN 1997, S. 5). Die therapeutische Qualität der vier dargestellten Projekte kann nicht nur auf Prozentzahlen reduziert werden.

massiver Reduktion der Medikamente gleich gute Ergebnisse wie mit traditionellen Verfahren erreicht wurden.«

- 5 Zum Vergleich noch einmal die Ergebnisse der Soteria Kalifornien bezogen auf die ersten sechs Wochen: 100 % der 1. Kohorte und 67 % der 2. Kohorte hatten nie Neuroleptika benutzt. In der ersten Studie zur Soteria Bern ohne Kontrollgruppe hatten 39 % aller Patientinnen und Patienten keine Neuroleptika genommen.
- 6 Dieser Punkt 4. ergänzt sich mit VI. 3. 1.

6. Der **Erstaufenthalt** in einem der beiden Soteria-Projekte ist **signifikant länger** als in einem psychiatrischen Krankenhaus. Die durchschnittliche Dauer der Wiederaufnahme unterscheidet sich in der Soteria Kalifornien nicht vom psychiatrischen Krankenhaus, die Soteria Bern schneidet hier sogar besser ab als das Krankenhaus.

ADERHOLD (1996a, S. 717; vgl. BLEULER 1968) weist darauf hin, dass es bereits aus der vor-neuroleptischen Zeit bekannt sei, »dass es bei 15–20 % der schizophrenen Menschen zur vollständigen und spontanen Remission ihrer im Akutstadium unzweifelhaft schizophrenen Symptomatik kommt«. Diese **Spontanremissionsquote** gilt sowohl für die Soteria- als auch für die Kontroll-Probandinnen und -Probanden. Die therapeutischen Vorteile der Soteria-Projekte (s. o.) für die überwiegende Mehrheit **aller** Probandinnen und Probanden sind somit nicht auf diese Spontanremissionsquote zurückzuführen. Zudem beziehen sich die Soteria-Studien auf schizophrene Menschen mit einem besonders hohen Chronifizierungsrisiko. Die Gruppe der Soteria-Studien hat daher vermutlich eine andere Repräsentativität als die Gruppe der schizophrenen Menschen, aus der sich die 15–20 % Spontanremissionen herleiten.

Wie können die **Unterschiede** in den Studienergebnissen der Soteria Kalifornien und der Soteria Bern erklärt werden? Zunächst ist festzuhalten, dass sich die **diagnostischen Klassifikationen** beider Häuser unterscheiden. FINZEN (1995, S. 240) schreibt hierzu:

»MOSHER (...) hat die alten amerikanischen Diagnosekriterien (nach DSM-II) verwendet, nach denen die Schizophrenie-Diagnose etwa doppelt so häufig gestellt wurde wie in Mitteleuropa und in England.«

Danach könnte aus den strengeren Kriterien der Soteria Bern eine Auswahl an Patientinnen und Patienten mit schlechteren Prognosen resultieren.

Die Soteria Kalifornien vertrat im Gegensatz zur Soteria Bern kein klassisches Krankheitsmodell und war sehr zurückhaltend im Gebrauch **psychiatrischer Diagnosen**. Verschiedene Autorinnen und Autoren haben darauf hingewiesen, dass es für viele Betroffene demotivierend und stigmatisierend ist, überhaupt mit einer psychiatrischen Diagnose versehen und wiederholt mit ihr konfrontiert zu werden (vgl. MOSHER 1992, S. 33 f.; RUFER 1989).⁷ Es besteht die Gefahr, dass »die Krankheit« selbst wichtiger wird als der oder die Betroffene. Wenn

»(...) wir einem menschlichen Phänomen einen Namen geben, entfernen wir uns von dem Persönlichen und dem Lebendigen und machen es generell und unpersönlich« (JØRSTAD 1978, S. 119).

J. Perry führt den Erfolg seines psychosebegleitenden Projektes teilweise darauf zurück, »(...) dass wir uns bemühten, den Patienten bei ihrer Ankunft klarzumachen, dass es sich bei ihrem Erleben nicht um eine Krankheit oder ein schweres Leiden handele, sondern um einen turbulenten inneren Prozess, den zu durchleben zwar manchmal sehr beschwerlich sei, der jedoch zu einer wertvollen persönlichen Erfahrung werden könne, der auch Wachstum bedeuten könne« (PERRY 1996a, S. 232).

Die Soteria Kalifornien war zudem in ein deutlich größeres **Hilfsnetzwerk** eingebunden (vgl. I. 9. 1.) als die Soteria Bern. MOSHER et BURTI (1992, S. 114; vgl. MOSHER et KEITH 1980) ziehen aus einer ganzen Reihe von Veröffentlichungen den Schluss, dass die

7 Ein Beispiel für die therapeutische Wirkung der Auflösung einer psychiatrischen Diagnose findet sich in BOSCOLO (1996).

»(...) Verfügbarkeit eines stützenden sozialen Netzwerkes der wichtigste einzelne Umweltfaktor zur Prävention, Morbiditätsminderung und Förderung der Rehabilitation physischer und psychischer Störungen ist.«⁸

Vielleicht resultierte aus den beiden letztgenannten Unterschieden ein größeres Maß an **Selbstverantwortung** für die Bewohnerinnen und Bewohner der Soteria Kalifornien im Vergleich zu denen der Soteria Bern mit entsprechend besseren Ergebnissen.

Die statistischen Resultate der Soteria-Studien bezüglich der **Symptombesserung** ergeben **insgesamt keinen wesentlichen Vorteil** im Vergleich mit den Kontrollstationen.

»Eine Heilung gelingt in einem gewissen Prozentsatz der Fälle – vielleicht in 30 Prozent. Die Hoffnung auf sichere Heilung durch genügend intensive Therapie habe ich schon ein wenig aufgegeben aufgrund von Erfahrungen, die wir mit der psychoanalytischen Psychotherapie von Schizophrenen in Lausanne gemacht hatten in den 60er Jahren.« (L. Ciompi in CIOMPI et al. 1993, S. 16).

V. Aderhold erklärt sich eine geringe bis fehlende Wirkung der Soteria-Milieus unter anderem mit ungünstigen Voraussetzungen der Betroffenen (vgl. III. 5.; III. 6. b)):

»Manche Menschen jedoch haben ein so schwaches oder geschwächtes ›Ich‹, haben dieses Ich nie entwickeln können, haben keinen ›inneren Grund‹ bzw. eine ›innere Umwelt‹ (W. Hoffer) anlegen können, sodass ihnen die Bewältigungsarbeit auch unter Bedingungen der Begleitung nicht möglich ist. Ihr Ich ist gleichsam im Meer der Psychose untergegangen oder nur zu minimalen Schwimmbewegungen in der Lage. Manchmal können sie darin auch eine halbwegs genüssliche Passivität entwickeln. Ich bin nicht sicher, ob wir als Therapeuten immer dazu aufgefordert sind, sie daraus zu ›befreien‹.« (ADERHOLD 1996b, S. 18)

In der Soteria Bern wird wiederholt von Betroffenen berichtet, die aus ihrer Sicht keine Veranlassung sahen, etwas an ihrem Leben zu ändern, um weiteren Psychosen vorzubeugen.⁹

Welche **Nachteile** einer nichtmedikamentösen Begleitung gibt es im Vergleich zu einer medikamentösen Begleitung? Es ist zu vermuten, dass manche Betroffene **ein höheres Maß an geistig-emotionalem Aufwand**, einschließlich großer Ängste, aufbringen müssen, um ihre Psychose medikamentenfrei zu durchleben. Das, was man in einer Psychose erlebt, kann sich später **als schwer verstehbar, kaum in die eigene Persönlichkeit integrierbar und sehr belastend erweisen**. Es kann auch passieren, dass zwischen einem psychotischen Menschen und seinen begleitenden Personen kein fruchtbarer, vielleicht sogar ein die Psychose verschlimmernder Kontakt stattfindet. Die Wirkung einer Begleitung ist offensichtlich individueller, weniger invasiv und weniger dosierbar als die Wirkung von Neuroleptika.

8 Vgl. FORTUNA (1995, S. 174): »Our experience has shown that the most stable recovery from psychotic imbalance occurs in the familiar surroundings of one's home attended by gentle companions.«

9 Vgl. BÖKER (1996, S. 115): »Erstmals erkrankte Schizophrene neigen dazu, den psychotischen Zusammenbruch nach Abklingen der akuten Symptomphase zu verleugnen. Sie lassen sich nur widerstrebend mit der Möglichkeit eines potenziellen Rezidives konfrontieren. (...) Hier kann nur die geduldige, auf langfristige Beeinflussung ausgerichtete Arbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen weiterhelfen.«

»In brief, whereas a drug will usually produce a desired effect, a particular community environment cannot aspire to a comparable degree of certainty between cause and effect.« (JONES 1983, S. 177)

Die signifikant längere Dauer des Erstaufenthaltes muss kein Nachteil sein. Es ist denkbar, dass die längere Dauer des Erstaufenthaltes in der Soteria Kalifornien dazu beitrug, dass Betroffene danach seltener wiederaufgenommen wurden. In der Soteria Bern ist die durchschnittliche Dauer von Wiederaufnahmen geringer als in der Kontrollgruppe.

VII. 3. Weitere Forschung

Wiederholt wird in den Einrichtungen der Wunsch geäußert, einerseits das therapeutische Milieu und andererseits das subjektive Erleben der Betroffenen zu erforschen. In diesem Abschnitt soll aufgezeigt werden, welche Fragen noch unzureichend untersucht sind. Weiterhin werden zwei Forschungsansätze dargestellt, die dazu beitragen könnten, das, was in den therapeutischen Milieus geschieht, genauer zu beschreiben und zu erklären.

VII. 3. 1. Offene Forschungsfragen

Die beschriebenen Projekte decken jeweils **vier Therapiedimensionen** ab (vgl. PLOEGER 1972). Zu jeder Dimension fehlen insbesondere Forschungen zum Erleben der Betroffenen.

1. **Die Begleitung in der akuten Krise:** Was wird von den Betroffenen als hilfreich erlebt, was nicht? Gibt es bestimmte wiederkehrende Inhalte und Abläufe in der Psychose (vgl. IV. 2.)? Was passiert in den Begleiterinnen und Begleitern? Was ist notwendig bei schwerer Regression?
2. **Die individuumzentrierte, ›innere‹ Psychotherapie:** Erleben Betroffene ihre Psychose im Nachhinein als Bereicherung, neutral oder als etwas Negatives?¹⁰ Sehen sie ihre Psychose eher als »einen Niedergang individueller Entfaltungspotenz« oder eher als »einen krisenhaften Aufbruch zu neuen Stabilisierungsweisen« (BÖKER 1996, S. 111) bzw. als »Erneuerungsprozess« (J. Perry zitiert nach BOCK 1995, S. 232)?¹¹ Wie hilfreich ist eine systemimmanente Gesprächsführung bei Psychosen (vgl. VI.2. 1. 2.)? Welche Gründe sehen Betroffene als Auslöser ihrer

10 Vgl. eine Umfrage im Hamburger Psychoseseminar »Wie ist eine Psychose zu verstehen? (...) Bei den Psychoseerfahrenen verteilen sich ›pessimistische‹, ›neutrale‹ und ›konstruktive‹ Wertungen der Psychose in etwa gleich: Vor allem das Bemühen, der Psychose einen Sinn zuzuordnen ist auffällig. Wobei aus subjektorientierter Sicht offen bleiben muss und kann, ob diese Sinnzuordnung als Bewältigungsstrategie zu begreifen ist.« (BOCK 1994b, S. 68 ff.) Vgl. PODVOLL (1994, S. 54): »Wie viele Psychotiker stand auch Perceval vor der ewigen Frage, worin der feine Unterschied zwischen einer stürmisch verlaufenden spirituellen Reise und wirklicher Geisteskrankheit bestehen mochte.«

11 Eine medizinisch orientierte Psychiatrie versucht, einen psychotischen Menschen (=Zustand B), der vorher nicht psychotisch war (= Zustand A), möglichst schnell wieder in diesen Zustand A zu bringen. Eine psychologisch orientierte Psychiatrie möchte einem psychotischen Menschen (= Zustand B), der vorher nicht psychotisch war (= Zustand A), die Möglichkeit bieten, mit dem Durchleben der Psychose in einen Zustand C zu gelangen, der

Psychose? Wie viele Betroffene sehen es als notwendig an, etwas in ihrem Leben zu verändern, damit eine Psychose nicht wiederkommt?

»Kann der Wahn auch eine Bereicherung sein?

Ja, das Schwierige ist ja, den Punkt herauszufinden, also auch mit dem Betroffenen, wo das wirklich eine Bereicherung ist und nicht zur Behinderung wird, und ich denke das ist ein ganz, ganz schmaler Grat. (...) Im Moment, wo jemand wahnhaft ist, stehen für uns ganz andere Fragen im Vordergrund. Das geht es wirklich darum: wie kann ich z. B. jetzt die Angst, die im Zusammenhang mit dem Wahn da ist, wie kann ich die jetzt ein Stückweit lindern.« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 170)

»Würden Sie sagen, die Psychose war auch etwas Gutes, ich möchte sie nicht missen, oder sagen Sie eher: Um Gottes willen, ich bin froh, dass ich da rausgekommen bin, das war nur schlimm? Ich für mich würde sagen, dass die Aussage stimmt: Psychose ist ein Entwicklungsprozess. Rückblickend scheint mir, dass alle drei Psychosen, die ich erlebt hab, mir etwas brachten und dass ich sie nicht missen möchte.« (HANSEN 1993, S. 70)

3. **Eine »äußere« Soziotherapie**, ein »soziales Experimentierfeld« (MATAKAS 1992, S. 29): Ist ein Gruppenkonzept günstiger als ein Einzelkonzept, wie im Windhorse-Ansatz? Wie viel Zeit soll vorstrukturiert sein? Wie viele Wochen oder Monate sind für das Erlernen und Erproben neuer Verhaltensweisen notwendig?
4. **Das Herstellen bzw. Verändern eines sozialen Kontextes**, der die Rückfälle verhindern hilft: Wie viele Betroffene möchten versuchen, ihr Ursprungssystem ggf. mit Hilfe z. B. familientherapeutischer Ansätze zu verändern? Wie viele möchten versuchen, sich aus den alten Beziehungen zu lösen und neue zu beginnen? Wie wichtig ist ein persönlicher Kontakt mit ehemaligen Begleiterinnen und Begleitern?

VII. 3. 2. Die Vorschläge von J. Strauss

STRAUSS (1995, S. 1 ff.; vgl. auch DAVIDSON et STRAUSS 1995) geht davon aus, dass Kraepelin und Bleuler damit Recht hatten, den Kern der Schizophrenie als eine Desintegration der Persönlichkeit zu kennzeichnen. Man wisse aber nach wie vor zu wenig darüber, was das wirklich heißt, und wie dieser Prozess umgekehrt werden kann. **Wie geschieht genau die Reintegration einer Person**, was geht in Menschen vor, die sagen: »I had to pull myself together«, »I had to find myself«, »I had to learn how to control myself«, »I had to learn how to get along with the voices« (a. a. O. S. 6)? Eine wichtige Frage sei, welche Prozesse Menschen eigen sind, die manchmal normal und zu anderen Zeiten pathologisch enden, und warum mal die eine, mal die andere Richtung eingeschlagen wird. Die Erfahrungen schizophrener Menschen würden über die Antwortmöglichkeiten üblicher Fragebögen hinausgehen. Man müsse insbesondere **Humanwissenschaften breiter definieren** als bislang üblich mit dem Ziel, vertraut zu werden mit der großen Bandbreite an Erlebnissen schizophrener Menschen. Für einen adäquateren Ansatz der Humanwissenschaften seien daher bestimmte Methoden und Überlegungen entscheidend, die auf den ersten Blick unwissenschaftlich erschienen, die aber für eine Wissenschaft zentral seien, die sich mit menschlichen Erfahrungen, deren Reichtum und Komplexität

sich gegenüber dem Zustand A durch eine größere innere Reife und Entwicklung auszeichnet.

beschäftigt. Strauss plädiert für den **Einsatz von subjektiven und qualitativen Methoden** in der Schizophrenieforschung und schlägt folgende **vier Prinzipien** vor, die für ihn eine **zentrale Bedeutung für Humanwissenschaften** haben:

1. Wie charakterisiert man eine Person? Wie begreift man, wer diese Person eigentlich ist? Diese Aufgabe müsste eher durch Fühlen als durch einen intellektuellen Vorgang angegangen werden. Man könne eine solche Aufgabe wohl nie völlig erfüllen, man könne sich ihr aber nähern. Strauss schlägt vor, zu versuchen, ein Gespür von der Gestalt dieser Person zu bekommen, ein Gespür davon, wer diese Person ist und wie ihre oder seine Welt aussieht.
2. Das Leben spiele sich häufig in Details ab:
 »The detail of the little turn of a piano phrase briefly recasting the melody towards the end of the slow movement in Brahms' First Piano Concerto. Or the detail of the warm hug the schizophrenic woman with chronically flat affect gives me at the end of the research interview.« (a. a. O. S. 4 f.)¹²
3. Menschen, die über Patientinnen und Patienten schreiben, müssten sich selbst miteinbeziehen. Wenn man versuchen würde eine unpersönliche und objektive Beschreibung zu geben, würde dies paradoxerweise zu einem Verlust an Genauigkeit und Bedeutung führen.
4. »Show, don't tell.« (a. a. O. S. 5). Je mehr man über schizophrene Menschen sprechen würde anstatt zu zeigen, wie deren Erfahrung aussieht, desto eher würde man die Essenz, den eigentlichen Kern ihrer Persönlichkeit und ihrer Erfahrungen verlieren.

VII. 3. 3. Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung

In einer Metaanalyse über die Wirksamkeit von Psychotherapie haben sich **GRAWE et al.** (1994/5) die Frage gestellt, was Therapieverfahren gemeinsam haben, für die eine besonders gute Wirksamkeit festgestellt wurde. Die Autorinnen und Autoren beschreiben und begründen die Wichtigkeit von **drei Perspektiven**, die jeder Therapeut und jede Therapeutin beherrschen sollte. Die *Problembewältigungsperspektive* bezieht sich auf konkrete Hilfestellungen zur Lösung verschiedenster Probleme. Die *Klärungsperspektive* meint die Unterstützung eines Prozesses zur Klärung von Beweggründen mittels hilfreicher Interventionen und Interpretationen. In der *Beziehungsperspektive* sind Therapeutinnen und Therapeuten gefordert, einen jeweils individuellen zwischenmenschlichen Rahmen für die Therapie herzustellen und mit dem eigenen Beziehungsverhalten kontinuierlich zu gestalten. Man könne diese drei Perspektiven als Dimensionen eines Raumes betrachten, in dem Psychotherapie stattfindet. »Alles, was in der Psychotherapie geschieht, hat eine Bedeutung auf jeder der drei Dimensionen, und zwar unausweichlich.« (GRAWE et al. 1994/

¹² Vgl. STRAUSS (1992, S. 22): »We have explored how some of our subjects with psychotic disorders often lose their sense of being a person, and may need to go through definable stages in order to regain the feeling that they are a person rather than just a disease or a fragmented being. For example, one patient from our study described in detail the importance for her of **turning her radio on**. That simple act, coming after a psychotic episode, helped her feel that she was able to conceive of doing something, to carry out the action, and to get a result (...).« (Hervh. d. d. Autor)

5, S. 784). **Eine ideale Therapie sollte alle drei Perspektiven abdecken**, und sich **individuell** auf einen einzelnen Menschen anwenden lassen:

»Eine Psychotherapie auf dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sollte auf jeden Fall alle drei Perspektiven umfassen. Die zukünftigen Psychotherapeuten müssen die drei Landschaften gründlich kennen lernen und die Fähigkeit erwerben, sich geschickt in jeder zu bewegen, immer mit Blick darauf, was ihre Bewegungen in der einen Landschaft für Auswirkungen auf ihre Position in den anderen beiden Landschaften haben.« (GRAWE et al. 1994/5, S. 786)

In den vier beschriebenen Projekten übernehmen die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwangsläufig alle drei Perspektiven. Interessant wäre es in zukünftigen Forschungen, die drei genannten Perspektiven explizit zu berücksichtigen.

VII. 4. Wirtschaftliche Aspekte

Weltweit erfüllt ungefähr ein Mensch von einhundert die DSM-IV-Kriterien für Schizophrenie (vgl. COMER 1995, S. 540). Allein für die USA sind die dadurch entstehenden **Kosten** gewaltig, nach »Schätzungen über zehn Milliarden jährlich –, Kosten von Krankenhausbehandlung, Berentung und Lohnausfälle eingeschlossen« (COMER 1995, S. 540).

»Das Schizophrenieproblem, neben dem Krebs (obwohl unvergleichlich viel weniger beachtet) eine der größten ungelösten Aufgaben der heutigen Medizin, ist volkswirtschaftlich *und* menschlich gesehen enorm; *jede* Möglichkeit zu seiner Linderung verdient deshalb die ernsteste Aufmerksamkeit von Fachleuten und Öffentlichkeit.« (CIOMPI 1994, S. 351)

Die Kosten für die **Soteria Kalifornien** waren laut Mosher je nach Berechnungsgrundlage entweder gleich teuer oder günstiger als die einer vergleichbaren Behandlung auf einer psychiatrischen Akutstation (vgl. MOSHER et al. 1975; MOSHER et BURTI 1992, S. 71). Für die erste Kohorte an Patientinnen und Patienten ergaben sich trotz großer Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer des ersten Aufenthaltes (rund ein Monat im Krankenhaus gegenüber fünf Monaten in der Soteria) vergleichbare durchschnittliche Gesamtkosten pro Patient bzw. Patientin von \$4.450 im Krankenhaus gegenüber \$4.400 in der Soteria. Dies erklärt sich dadurch, dass Einrichtungen wie die Soteria Kalifornien **pro Behandlungstag nur ca. ein Fünftel der Kosten einer psychiatrischen Station** in amerikanischen Allgemeinkrankenhäusern verursachen (vgl. MOSHER et al. 1995, S. 171 f.). Eine gemeindepsychiatrische Versorgung, wie sie MOSHER et BURTI (1992) vorschlagen (vgl. VII. 6.) wäre nach ihren Berechnungen für die USA **nicht teurer** als das herkömmliche psychiatrische System.

Auch die Studien zur **Soteria Bern** kommen zu ähnlichen Rentabilitätsaussagen, in denen die Soteria Bern entweder gleich teuer oder günstiger ist als herkömmliche Psychiatrien, wenn man nur die Phase der Akuttherapie betrachtet (vgl. III. 9. 1.).

Das **Burch House** »has always prided itself with having probably the lowest fee in the United States for a private psychiatric residential facility« (GOLDBLATT 1995c, S. 165). Circa die Hälfte des jährlichen Etats stammte aus Spenden, die andere Hälfte wurde von den Klientinnen und Klienten aufgebracht. Der Vergleich mit den anderen Einrichtungen fällt schwer, weil die Gehälter der Interns und der »senior staff members« teilweise deut-

lich unter dem lagen, was beispielsweise die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Soteria Kalifornien verdienten.

Die Kosten für das therapeutische Angebot des amerikanischen **Windhorse-Projektes** werden hauptsächlich durch private Beiträge von Seiten der Betroffenen, durch Spenden und neuerdings auch durch Krankenkassenbeiträge bestritten. Die Kosten richten sich **flexibel** nach der Größe des therapeutischen Teams. Ein Klient, der beispielsweise zwei bis drei Basisbetreuungsschichten und zweimal eine Stunde Einzeltherapie pro Woche in Anspruch nimmt, zahlt dafür ca. \$3.500 im Monat. Die Kosten für den therapeutischen Haushalt belaufen sich, abgesehen von Miete und Lebenshaltungskosten, auf \$500 pro Hausgenosse monatlich. Über 90 % aller Anfragen müssen aufgrund unzureichender finanzieller Mittel abgelehnt werden.

Festzuhalten bleibt, dass die vier Hauptprojekte und die Projekte im Anhang (s. Anh. A.) **tendenziell und teilweise deutlich günstiger** sind als vergleichbare psychiatrische Akutstationen.

Nur spekuliert werden kann über die Frage, ob Betroffene eher bereit sind, Rückfälle durch Änderungen ihrer Lebensgewohnheiten zu vermeiden, wenn sie selbst an den Kosten ihrer Therapie beteiligt sind.

Überall dort, wo das Geld knapp ist, wirkt sich dies zwangsläufig auf die inhaltliche Arbeit und die Motivation der Betroffenen und des therapeutischen Personals aus (vgl. BRÜGGE 1994, S. 154; Anhang G.). C. Brügge kommt aufgrund einer Analyse der Soteria Bern und des Berliner Weglaufhauses zu dem Schluss:

»Knappe Ressourcen werden auch unter dem Aspekt deutlich, dass der eigene Ansatz nie finanziell so weit abgesichert ist, dass er **selbstverständlich** werden könnte. Die eigene **unsichere Position** erfordert immer wieder Legitimation durch Erfolgswahlen, energieaufwendige Öffentlichkeitsarbeit und bürokratische Kleinarbeit. Die zukünftige Entwicklung der Projekte ist unsicher.« (BRÜGGE 1994, S. 155; Hervorh. d. d. Autor)

Diese Aussagen treffen auch für die Soteria Kalifornien, das Burch House, das Windhorse-Projekt und die meisten der im Anhang beschriebenen Einrichtungen zu.

»Wir haben (...) in Deutschland **noch keinerlei Erfahrung** in der Finanzierung einer institutionell relativ unabhängigen Soteria. Als wohl ersten Präzedenzfall bin ich da sehr gespannt auf das Verhandlungsergebnis der in Hannover in Planung befindlichen Soteria.« (ADERHOLD 1997, S. 29; Hervorh. d. d. Autor)

V. Aderhold warnt auch davor, die Mitarbeit so genannter Nicht-Professioneller zur Verbilligung des psychiatrischen Behandlungssystems zu missbrauchen.

»In der Soteria von Mosher hatte sie explizit auch diese Funktion, in der Soteria in Frankfurt an der Oder führte sie bereits zur Gleichbezahlung aller nicht leitenden Mitarbeiter gemäß der relativ schlechten Vergütungsgruppe Vb nach BAT.« (ADERHOLD 1997, S. 29)

»Um konsequent psychosebegleitend arbeiten zu können, muss m. E. der Tagespflegesatz bei ca. 400 DM liegen. Bei einem solchen Tagessatz ist eine Einrichtung mit sieben Behandlungsplätzen und elf Mitarbeitern finanzierbar. Dieser Betrag entspricht heute einem guten Abteilungspflegesatz.« (ADERHOLD 1997, S. 29)

VII. 5. Auf dem Weg zu einer Anthropologie der Psychosen¹³

Die Fragen, was eine Psychose ist und welche Therapie die beste ist, können allgemein gültig vielleicht nie befriedigend beantwortet werden. Jeder Beispielverlauf dieser Arbeit hat **seine eigenen Besonderheiten**.¹⁴ Für BRÜGGE (1994, S. 157) ist es wichtig, dass das

»(...) Wissen um die eigene Unwissenheit erhalten bleibt, denn jeder Umgang mit ›Psychose‹ befindet sich in einem Gebiet, das noch sehr viel Unklarheit beinhaltet, was ihren eigenen ›Gegenstand‹ anbetrifft (...)«.

Sie findet einen **respektvollen Umgang mit Betroffenen** überzeugend, der beinhaltet, »(...) die Betroffenen nicht immer und nicht sofort umkrepeln zu wollen, dem ›Wahnsinn‹ auch Raum zu geben sich auszudrücken, eben nicht einfach das gesamte psychische Geschehen für zu bearbeitendes Terrain zu erklären« (BRÜGGE 1994, S. 157).

T. Bock hat aus einer Vielzahl von Kontakten mit psychotischen Menschen den »(...) Eindruck, dass bei allem Bemühen dem Verstehen Grenzen gesetzt sind, Grenzen, die letztlich auch dem Schutz der Persönlichkeit dienen. Wir haben also einen Respekt zu entwickeln, der auch das Unverständliche umfasst« (BOCK 1995, S. 324; vgl. auch BOCK 1997).

»Grenzen- und rücksichtsloses Verstehen, Interpretieren, Sinngebung dem Sinnfernen kann in seiner Penetranz totalitärer als die naturwissenschaftliche Hypothese sein.« (DÖRNER 1975, S. 18)

In diesem Abschnitt soll den unzähligen Theorien über Entstehungsbedingungen, Sinn oder Therapiemöglichkeiten von Psychosen keine neue hinzugefügt werden. Es geht mir aus einer **beschreibenden Perspektive** um die Darstellung von **zwei Kontinua**, die sich wie zwei rote Fäden durch die gesamte Arbeit ziehen.

Das **erste Kontinuum** bezieht sich auf den **einzelnen psychotischen Menschen**. Das Wort ›Kontinuum‹ meint, dass es in jedem psychotischen Menschen psychotische und nicht-psychotische Anteile gibt, die in einem individuell unterschiedlichen Verhältnis und in unterschiedlichen Formationen zueinander stehen. Dieses Kontinuum reicht von einem Zustand, in dem ein psychotischer Mensch fast kein psychotisches Erleben und relativ viel Realitätsbezug hat (dies sei die Minimalbedingung um einen Menschen in starker sprachlicher Vereinfachung als psychotisch zu bezeichnen), bis zu einem Zustand, in dem es fast nur psychotisches Erleben und nur sehr wenige ›Inseln der Klarheit‹ gibt. Dazwischen gibt es fließende Übergänge.

»(...) ich denke viele Betroffene sind ja nie in dem Sinne das, was man als symptomfrei bezeichnen kann, oder haben immer eine gewisse Nähe zur Psychose (...)« (BRÜGGE et DERUNGS 1994, S. 174)

Die **psychotischen Anteile** werden je nach Psychoseverständnis (vgl. I. 2.; II. 2.; III. 2.;

¹³ In Anlehnung an die Kapitelüberschrift ›Für eine Anthropologie psychotischer Wahrnehmung‹ in BOCK (1997, S. 345).

¹⁴ »Alle Psychosen unterscheiden sich voneinander. Es gibt gemeinsame Merkmale, die es dem Diagnostiker ermöglichen zu sagen ›Ja, dieser Mensch ist psychotisch‹, doch eine Psychose ist nicht mit einem gebrochenen Bein, einem Virus oder einem Diabetes vergleichbar, vielmehr hat sie eigene, unverwechselbare Züge, die für die Lebensgeschichte des psychotischen Patienten von Bedeutung sind.« (GOLDBLATT 1995a, S. 223)

IV. 1.; IV. 2.) unterschiedlich bezeichnet als Psychopathologie, Erkrankung, zweiter Zustand (inklusive Mikrooperationen), informationsverarbeitende Defizite, Zerfallsprozesse, falsches Selbst (vgl. I. 1. 1.), »visionäre Zustände« (PERRY 1996b, S. 803), etc. Sie können von sozialer, physischer und spiritueller Qualität sein.¹⁵

»Wahnsinn oder ›Psychose‹ ist in der Regel mit Leiden, Verzweiflung und Desorientiertheit verbunden. Betroffene beschreiben den Wahn oft als ein ›Zuviel‹: an Eindrücken, Anforderungen, Gedanken, die von außen ungehindert und ungefiltert, eintreffen. Sie fühlen sich ängstlich, irritiert, erschüttert, reizüberflutet, extrem verunsichert, erschöpft, aufgewühlt und grenzenlos. Selbst dann, wenn der Wahn zunächst als angenehm und erleichternd erlebt wird, führt auch er schnell zur Überforderung, weil er hier und heute (in dieser Kultur) nur begrenzt lebbar ist.« (BRÜGGE 1994, S. 161)

Die **nicht-psychotischen Anteile** werden beschrieben als Inseln der Klarheit, innerer Beobachter, wahres Selbst, gesunde Anteile, etc., die es offensichtlich a priori in jedem psychotischen Menschen gibt.

»I have found it perplexing that even with people who have severe and chronic psychopathology, there is so much about them that is normal (...).« (STRAUSS 1992, S. 23)

»Der Schizophrene mit seiner keineswegs nur als negativ, sondern zugleich als *positiv* zu betrachtenden Sensibilität und Dünnhäutigkeit, mit seiner oft verblüffenden, aus seinen durchlässigen Ichgrenzen resultierenden Intuition und Beobachtungsgabe, seiner Authentizität und seinem nonkonformistischen, schöpferischen Potenzial, das mit seinen ›gelockerten Assoziationen‹ zusammenhängt, erscheint uns in erster Linie als Variante und Spielart des Normalen, als *ein* Extrem einer Ergänzungsreihe, an deren anderem Ende wir den robust-rigiden Dickhäuter und gefühlstumpfen Grobian finden.« (CIOMPI 1994, S. 344)

In jedem psychotischen Menschen besteht ein **Mischungsverhältnis aus Abhängigkeit und Unfreiheit einerseits und der Möglichkeit zum selbstständigen, freien Handeln andererseits**. Der Grad an persönlicher Freiheit sinkt mit dem Einfluss der abhängig machenden Einflüsse und steigt mit dem Einfluss nicht-psychotischer Anteile. Vgl. PODVOLL (1994, S. 350):

»Der Patient hat genauso eine Gesundheitsgeschichte wie eine Krankheitsgeschichte.« und E. Bleuler: »Das Besondere an der Schizophrenie ist, dass das Gesunde erhalten bleibt.« (zitiert nach BOCK (1995, S. 319)).

Das **zweite Kontinuum** bezieht sich auf die **sozialen Beziehungen eines psychotischen Menschen**. Die an den Einrichtungen direkt Beteiligten (Betroffene, therapeutisches Personal, Angehörige, etc.) sind in ihren Beziehungen **Subjekt und Objekt zugleich**. Jede einzelne Beziehung kann auf einem Kontinuum beschrieben werden, in welchem die Beteiligten mehr oder weniger Subjekte mit Entscheidungs- und Handlungsfreiheiten oder Objekte verschiedener Handlungsabläufe und Einflüsse, z. B. Medikamente oder Erwartungen der Umgebung, sind. Für das therapeutische Personal besteht beispielsweise die Erwartung, in den Beziehungen zu den Betroffenen eine therapeutische Funktion zu erfüllen (= objektiver Anteil). Wie diese Beziehung konkret gestaltet wird, ist den Einzel-

15 In manchen Kulturen werden Wahnerlebnisse sehr positiv bewertet, vgl. MACHLEIDT et PELTZER (1994), LUDEWIG (1996), RUFER (1989). HEINZ et al. (1993) und FOUCAULT (1969) beschreiben kulturelle und gesellschaftliche Einflüsse auf Wahnsinnsbilder.

nen bis zu einem gewissen Grad selbst überlassen (= subjektiver Teil). Betroffene machen sich Gedanken über einen Begleiter (= objektiver Teil) oder gehen mit ihm gemeinsam spazieren (= subjektiver Teil). Was auf der objektivierenden Ebene passiert, hat automatisch Auswirkungen auf die subjektive Ebene und umgekehrt.

Beide Kontinua sind in einem **komplexen Wechselgeflecht** miteinander verbunden. Wenn ein Betroffener starken psychotischen Einflüssen ausgesetzt ist, kann es Aufgabe des therapeutischen Personals sein, dem Betroffenen einen Schutzraum zu bieten (= Verschiebung im zweiten Kontinuum in Richtung Objekt getroffener therapeutischer Maßnahmen). Umgekehrt muss einem Betroffenen ein größerer subjektiver Handlungsraum zur Verfügung stehen, wenn seine psychotischen Anteile weniger werden bzw. einen geringeren Einfluss haben (= Verschiebung im zweiten Kontinuum in Richtung Subjekt eigener Handlungsmöglichkeiten). Aufgabe des therapeutischen Personals ist es, das zweite Kontinuum so **flexibel** zu gestalten, dass man sich schnell und adäquat auf das erste Kontinuum eines oder einer Betroffenen einstellen kann.

»Paying attention to both normal and abnormal functioning allows us to consider the degree of normal functioning that exists even in very sick people.« (STRAUSS 1992, S. 22)

»Für die meisten Menschen ist es schwer nachzuvollziehen, dass Formen geistiger Gesundheit und von psychotischem Erleben gleichzeitig da sind und bearbeitet werden können und nicht ›entweder – oder‹.« (KAUFMANN 1996, S. 838)

Insgesamt haben die Beteiligten der vier Hauptprojekte einen deutlich größeren subjektiven Spielraum als in traditionellen Akutstationen (weniger festgelegte Rollen, etc.). Allen vier Projekten liegt die Überzeugung zugrunde, dass wenn den **Betroffenen im zweiten Kontinuum ein möglichst großer subjektiver Handlungsraum gegeben wird** (Mitbeteiligung, Begleitung statt Medikamente, etc.), sich insgesamt die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Betroffenen **im ersten Kontinuum ihre nicht-psychotischen Anteile besser nutzen können**.

VII. 6. Aspekte einer möglichen psychiatrischen Versorgung der Zukunft

Die Ergebnisse der Soteria Bern veranlassten das Forschungsteam dazu, die Schaffung von Soteria-ähnlichen Therapieangeboten zumindest für eine wichtige Untergruppe von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zu fordern (vgl. AEBI, CIOMPI et HANSEN 1993, S. 183). Für K. Nouvertné bedarf es nicht unbedingt wissenschaftlicher Befunde, eine Soteria weiter aufrechtzuerhalten:

»Die Soteria reagiert auf die Ausnahmesituation ›psychischer Erkrankung‹ nicht mit technischen, sondern mit menschlichen Hilfen: es wird menschliche Begegnung, Anteilnahme und Mitfühlen geboten anstelle von Versorgung, professioneller Distanz und Routine. Allein schon diese Aspekte würden das ›Experiment Soteria‹ rechtfertigen und legitimieren (...).« (NOUVERTNÉ 1993, S. 164)

FINZEN (1995, S. 244) spricht sich deutlich für eine Verbreitung von Soteria-Projekten aus:

»Wenn wir psychiatrische Akutabteilungen nicht nach den Prinzipien der Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung organisieren, sondern als therapeutische Gemein-

schaften mit therapeutischem Milieu, werden wir einen Bruchteil der Neuroleptika brauchen, die wir heute einsetzen müssen. Und was hindert uns daran, unsere Stationen so patientengerecht zu organisieren?

Wir haben das für Alkoholranke und Drogenabhängige, für Depressive und Alzheimer-Patienten getan. Warum werden wir ausgerechnet jener Gruppe von Patienten nicht gerecht, die seit 100 Jahren im Zentrum der Ideologie und der Konzeptentwicklungen psychiatrischer Kliniken und Anstalten steht!«

In einigen Städten Deutschlands gibt es **Soteria-Arbeitskreise** mit dem Ziel, eine Soteria zu eröffnen (vgl. BRILL 1996, S. 81 f.). Häufig waren es finanzielle Gründe, die einer Eröffnung im Wege standen. Im Rheinland existiert ein »Soteria-Erlass«,¹⁶ nach dem die Akutstationen den Forschungsergebnissen der Soteria-Projekte angeglichen werden sollen (vgl. BRILL 1996, S. 68). Das amerikanische National Institute of Mental Health hat vorgeschlagen, dass »Crisis residencies« in einem »array of community support services« (MOSHER et al. 1995, S. 172) mitberücksichtigt werden sollten.¹⁷

Viele Diskussionen um die Soteria-Konzeption drehen sich um die Frage, ob man sich eher um eine Aufnahme einzelner Soteria-Elemente in bestehende Kliniken oder eher um die Schaffung neuer dezentraler Einrichtungen bemühen sollte. Im Protokoll zur Arbeitsgruppe »Kooperation mit dem psychiatrischen Gesamtsystem« der Bremer Soteria-Tagung 1995 heißt es:

»Zentraler Angelpunkt der Diskussion: Statt von Kooperation von **Integration** reden. Dies hieße, Spaltungen innerhalb des Gesamtsystems zu vermeiden und stattdessen die »Soteria-Haltung« in das Gesamtsystem zu integrieren. Wie soll also die akute Psychiatrie der Zukunft aussehen? Traditionelle psychiatrische Strukturen können und sollen nicht von den Soteria-Gedanken unberührt bleiben. Die konsequente Umsetzung dieser Gedanken bedeutet die Auflösung des psychiatrischen Krankenhauses, denn akute Krisenbegleitung muss sich anders gestalten als bisher und sollte nicht auf Stationen stattfinden.« (BRILL 1996, S. 66; Hervorh. d. d. Autor)

»Soteria ist eine Ideenbewegung. Sie war in den letzten zehn Jahren eine der befruchtendsten Ideen der Psychiatriedebatte. Ich hoffe, wir können in den nächsten Jahren in den gängigen Behandlungsstrukturen so viel von ihr verwirklichen, dass wir am Ende die Grundwahrheit, um die es geht, noch wiedererkennen: dass Besserung und Heilung des psychotischen Menschen aus der angemessenen menschlichen Begegnung in einer haltenden Beziehung entsteht.« (ADERHOLD 1997, S. 29)

Die Bedingungen, unter denen übliche **psychiatrische Akutstationen** arbeiten (Größe, Hierarchie, Rollenfestlegung, Entscheidungsstrukturen, häufiges Kommen und Gehen, etc.), stehen einer für die Betroffenen befriedigenden Erfüllung der von J. Gunderson genannten fünf Milieutherapiefunktionen deutlich entgegen (vgl. Anhang E.). In psychiatrischen Krankenhäusern kann **keine Normalität** stattfinden.

»Hospitals – even well-staffed »progressive ones« – invariably have institutional characteristics that create barriers to establishing the types of relationships that could maximally facilitate the process of recovery from psychosis.« (MOSHER 1995, S. 113)

16 Richtlinie des Landesrats Nr. 52, 17.

17 Vgl. MOSHER et MENN (1985, S. 117 ff.); MOSHER (1995, S. 124 ff.); NOUVERTNÉ (1993) und ADERHOLD (1997) zur Frage, warum es bislang nicht mehr Soteria-Einrichtungen gibt.

Auch CIOMPI (1994, S. 349) ist der Ansicht, »dass im Grunde die ganze, von der somatischen Medizin hergeleitete Idee einer *Institution*, jedenfalls einer Institution von einer gewissen Größe, zur Behandlung von Schizophrenen verfehlt ist«. Die Befunde der Soteria Bern würden zwar die Eingliederung bestimmter Einzelelemente des Soteria-Experiments in die klinische Routine nahe legen, z. B. das entspannte, reizgeschützte Milieu, die kontinuierliche Begleitung. Es erscheint CIOMPI, KUPPER et al. (1993, S. 448) aber fraglich, ob die Übernahme einzelner Aspekte der Soteria Bern in psychiatrische Kliniken jemals das therapeutische Potenzial eines kleinen gemeindenahen Milieus erreichen kann. Ciompi ist der Überzeugung, dass

»(...) eine möglichst gewöhnliche, ›normale‹ Umgebung und Lebenssituation selbst in Fällen, wo zunächst alles, und namentlich die Haltung des Patienten selber, dagegen spricht, **auf die Dauer besser ist** als jede noch so wohnliche und fortschrittliche psychiatrische Klinik« (CIOMPI 1994, S. 343; Hervorh. d. d. Autor).

MOSHER et BURTI (1992) haben ein **umfangreiches Konzept** einer neu organisierten psychiatrischen Versorgung vorgelegt, welches auf einer familien- und systemorientierten Sichtweise beruht. Drei wichtige **Leitlinien** dieses Konzeptes sind (s. Abb. 13.):

- Das *Herstellen von Lebensbezügen* (Kontextualisierung). Die Klientinnen und Klienten sollten möglichst in ihren individuellen örtlichen und persönlichen Beziehungen aufgesucht und unterstützt werden.
- Die *Bewahrung und Erweiterung von persönlicher Stärke und Einflussnahme*. Einem ›Zusammensein-mit‹ Klientinnen und Klienten sollte der Vorzug gegeben werden vor einem ›Handeln-für‹. Helferinnen und Helfer sollten so wenig intervenieren wie möglich und versuchen Hilfsquellen in den Klientinnen und Klienten anzuregen. »Das Endziel ist weitestgehend Selbsthilfe.« (a. a. O. S. 163)
- Die *Normalisierung* im Sinne einer gruppenübergreifenden Anpassung an gesellschaftliche Normalitäten wie Arbeit und Wohnen, möglichst ohne die Inanspruchnahme spezieller Rehabilitations- oder Wohnprogramme.

Eine therapeutische Wohngemeinschaft wie die Soteria wäre in ein **großes Netz ergänzender Einrichtungen** eingebunden. Hierzu würden ein Haus zur Krisenintervention (sechs bis acht Betten), Ersatzfamilien (vgl. STROUL 1988; WARNER 1995), das Krisenteam eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (vgl. ALANEN et al. 1994; BÖKER 1996), eine Station im Allgemeinkrankenhaus (vier bis sechs Betten),¹⁸ Übergangseinrichtungen, etc. gehören. Sobald eine größere Anzahl an Alternativen geschaffen wäre, würden sich auch die Betroffenen ermutigt fühlen, selbst eine Vielzahl an Wünschen und Bedürfnissen zu äußern. »**Virtually all patients** who have used alternative facilities – say that they prefer the experience to the hospital.« (WARNER 1996, S. 245; Hervorh. d. d. Autor) »Ein vielseitigeres Angebot schafft mehr Raum für freiwillige ›Einweisung‹ und verringert die ›Notwendigkeit‹ für Zwangseinweisung.« (BRÜGGE 1994, S. 13) V. Aderhold kritisiert die **bisherige Trägheit des Gesundheitssystems**:

»Mit der Dauer der Anwendung von und dem Deutlichwerden von Spätschäden durch Neuroleptika nimmt das Leiden und die Kritik an ihnen vor allem bei den Betroffenen

¹⁸ Vgl. GOLDBLATT (1995c, S. 167): »Many fears and superstitions surround mental illness and emotional distress. There are also true stories of terrible things done by emotionally unstable people, and, for this reason, hospitals are necessary.«

Ein gemeindeorientiertes Versorgungssystem für 100.000 Einwohner

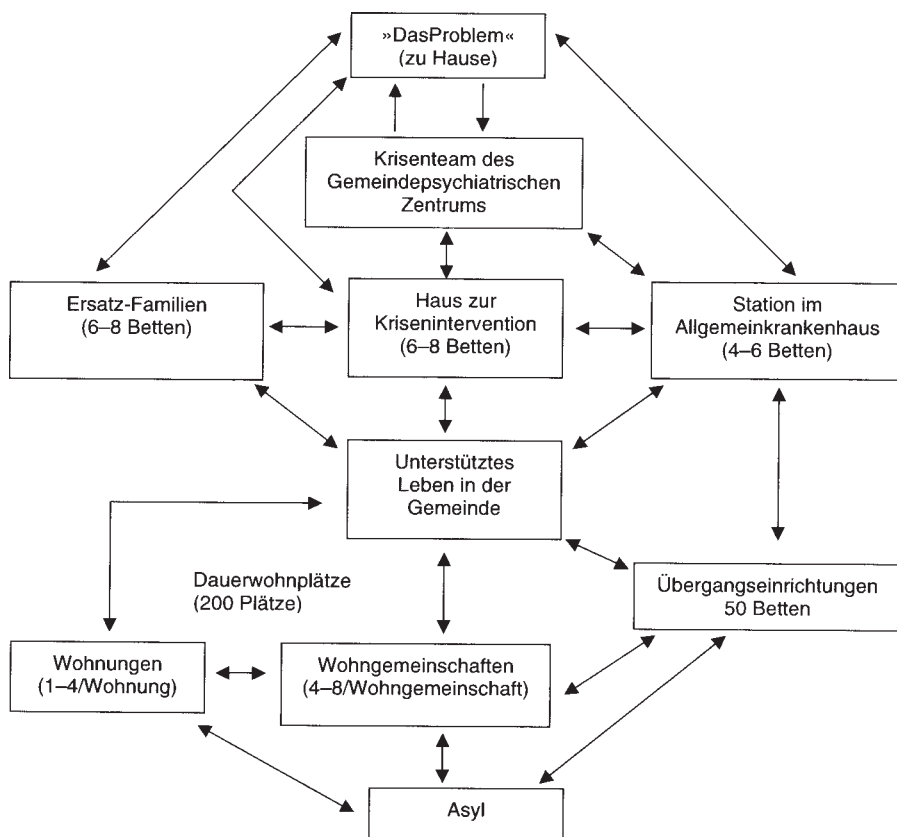


Abb. 13 aus MOSHER et BURTI (1992, S. 144)

zu. Das nur geringe Bemühen um das Ausschöpfen jeder alternativen, weniger schädlichen Behandlungsmöglichkeit steht hierzu in keinem angemessenen Verhältnis.« (ADERHOLD 1996a, S. 717)

Die Vorstellungen von Mosher und Burti decken sich teilweise mit Ansätzen, die von **Betroffenen** selbst entwickelt wurden (vgl. Anhänge G. u. H.; BREGGIN 1997, S. 256 ff; CHAMBERLIN 1988; LEHMANN 1998; SIEBRASSE 1996). Einer der größten Unterschiede besteht darin, dass es Betroffene teilweise **ablehnen**, sich überhaupt noch auf Psychiatrie-Professionelle einzulassen, die nicht selbst von Psychosen betroffen waren oder sind.¹⁹

»There is much that must be done in order to build a system of viable alternatives. It is

19 Vgl. MATAKAS (1992, S. 13): »Therapeutische Programme und Institutionen werden nicht nur im Hinblick auf die Kranken konzipiert, sondern auch auf die Gesunden. Es sind institutionalisierte Formen gesellschaftlicher Kommunikation über Ereignisse, die wir »verrückt« nennen. Behandlung und Behandlungsergebnisse sind auch so zu bewerten.«

not a job that can be turned over to the ›experts‹, who have already failed. It is a task that must be done by all of us, ordinary citizens, working together. Those of us who are ex-patients have a vital role to play, since we know firsthand the inner workings of the present system (...).« (CHAMBERLIN 1988, S. 238)

CHAMBERLIN (1988, S. 239) sieht einen großen Bedarf an Krisen- und Gemeinschaftshäusern direkt in der Nachbarschaft. Bezogen auf die Soteria-Projekte misst LEHMANN (1998, S. 17 f.)²⁰ die Ernsthaftigkeit des Ansatzes daran,

»(...) ob ihre Betreiber die für Psychiatrie-Betroffene existenziellen Fragen in ihr Konzept mit einbeziehen und wie sie den ursprünglichen Ideen des kalifornischen Soteria-Ansatzes folgen, als da waren:

- Respekt und Dabeisein
- gemischtes Team ohne Hierarchie
- Wertschätzung von Vorurteilsfreiheit und von Menschen ohne psychiatrische Weiterbildung
- Zurückhaltung mit Diagnosen
- Zurückhaltung im Glauben an eine psychiatrische Fachkompetenz

Zurückhaltung mit Neuroleptika und anderen psychiatrischen Psychopharmaka

Sind diese Bedingungen erfüllt, so ist davon auszugehen, dass viele Psychiatrie-Betroffene ein solches Projekt als einen überfälligen Schritt auf dem Weg weg von Medizinalisierung psychischer Probleme, weg von Chemotherapie und hin zu Empowerment und Selbstbestimmung mit Freude begrüßen werden. Aber nur dann. Ansonsten bleibt es bei der Hoffnung auf das geringere Übel, einer Hoffnung verminderter Qualität.«

Die Ergebnisse und Erfahrungen aus den in dieser Arbeit dargestellten Projekten verdeutlichen, **dass es nicht die eine richtige Therapieform für alle Betroffenen gibt**. Manche bevorzugen eine Wohngemeinschaft (vgl. I., II., III.), andere ein Einzelkonzept (vgl. IV.), andere ein Selbsthilfe-Projekt. Ein ideale psychiatrische Versorgung der Zukunft müsste eine **größere Palette** als bisher an öffentlichen wie Selbsthilfe-Angeboten **inklusive psychosebegleitender Projekte** aufweisen, damit jeder und jede einzelne Betroffene, und ebenso die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sich für eines dieser Angebote entscheiden und dann ihre individuellen Erfahrungen damit machen können.

20 P. Lehmann ist Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrene e. V. und Mitbegründer des Europäischen Netzwerks von Psychiatrie-Betroffenen.

Anhang

Anhang A: Tabellen mit den Charakteristika der beschriebenen Projekte¹

	Sot. Kalif. ²	Bu. Ho. ³	Sot. Bern ⁴	Windhors. ⁵	Sot. Sto. ⁶	Sot. Fra.	Sot. Güt.	Villa Ther.	Weglauffh.	Auenla.	Lung Fa	Mosb.	Zwief.
Wohnplätze	6	8	8	1 pro Haus	8	10	19	16	13	8-10	z.Zt. 700, k.A. max. 2000	k.A.	7
Ambulante Angebote	»Drop in«	Nein	»Informal«	Ja	Ja	Manchmal	Ja	Ja	Nein	Selten	Nein	Ja	Nein
Assoziiert mit lokalem psychiatrischen Dienst: – als fester Bestandteil	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
– auf Vertragsbasis	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Kosten/KlientIn/Tag	\$125	\$50-85	\$300	\$169-238	2.500 kr.	280 DM	364 DM	110-420 sfr.	198 DM	33 DM	\$4	k.A.	540 DM
Vergleichssumme ⁷	\$320	\$385	\$300	\$300	2.500 kr.	350 DM	364 DM	90-600 sfr.	600-800 DM	k. A. ⁸	unbek.	~180DM	440 DM
Können Kinder mitgebracht werden?	k. A.	Ja	k. A.	Ja	Ja	k. A.	Nach Ab-sprache	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Ja
Können Tiere mitgebracht werden?	k. A.	Ja	k. A.	Ja	Nein	k. A.	Nach Ab-sprache	Nein	Nein	Ja	Vögel, Hunde	Ja	Nach Abspr.
Gehören Medikamente zum Therapieangebot?	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Selten	Ja	Homöopathie	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja
Werden KlientInnen aufgenommen mit	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Meistens	k. A.	Ja	Nein	Ja
– akutem Suizidrisiko?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	k. A.	Ja	Nein	Ja
– ernsthaftem, nicht akutem Suizidrisiko?	Ja	Ja	Ja	Manchmal	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	k. A.	Ja	Nein	Ja
– nicht ernsthaft bedrohlichen Suizidversuchen/drohungen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	k. A.	Ja	Ja	Ja
– Agitation und -stören dem Verhalten? ⁹	Ja	Ja	Manchmal	Manchmal	Ja	Versuch	Ja	Ja	Ja	k. A.	Ja	Ja	Je nach Stärke

	Sot. Kalif.	Bu. Ho.	Sot. Bern	Windhors.	Sot. Sto.	Sot. Fra.	Sot. Güt.	Villa Ther.	Weglaufth.	Auenia.	Lung Fa	Mosb.	Zwief.
– drohendem Gewaltausbruch?	Ja	Manchmal	Manchmal	Nein	Ja	Nein	Ja	Manchmal	Manchmal	k. A.	Ja	Ja	Nein
– aktuell bedrohlichem Verhalten?	Ja	Manchmal	Gewöhnlich	Manchmal	Meistens	Manchmal	Ja	Ja	Nein	k. A.	Ja	Manchmal	Manchmal
– unausstehllichem Sozialverhalten? ¹⁰	Ja	Manchmal	Gewöhnlich	Ja	Ja	k. A.	Ja	Nein	Meistens	k. A.	Ja	Nein	Manchmal
– organisch bedingter Verwirrtheit?	Nein	Nein	Nein	Manchmal	Manchmal	Nein	Ja	Nein	Meistens	k. A.	Ja	Nein	Nein
– signifikanten medizinischen Problemen (z. B. Dauerkatheter)?	Nein	Nein	Nein	Manchmal	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	k. A.	Ja	Nein	Manchmal
– AIDS?	k. A.	Ja	Nein	Ja	k. A.	Ja	Ja	Ja	Ja	k. A.	Nein	Nein	Ja
– signifikantem Substanzmissbrauch?	Ja	Selten	Nein	Gewöhnlich	Nein	Manchmal	Nein	Nein	Meistens	k. A.	Ja	Nein	Meistens
– dem Risiko einer Drogen-/Alkoholtzugsreaktion?	Nein	Nein	Manchmal	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Manchmal	Ja	Ja	Nein	Nein
– akuter Drogen-/Alkoholintoxikation?	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein
– Zwangseinweisung?	Nein	Nein	Nein	Manchmal	Ja	Nein	Ja	Nein	Selten	k. A.	Ja	Nein	Ja
– aktuellen gerichtlichen Verfahren aufgrund von Rechtsübertretungen?	Manchmal	Manchmal	Manchmal	Ja	Ja	Nein oder Ausnahme	Nein	Nein	Manchmal	Ja	Nein; ja nach Gefängnisentlassung	Nein	Ja
– aktuellen gerichtlichen Verfahren aufgrund von (schweren) Verbrechen?	Manchmal	Nein	Manchmal	Ja	k. A.	Nein	Nein	Nein	Manchmal	k. A.	Nein; ja nach Gefängnisentlassung	Nein	Ja
– Fluchtrisiko?	Ja	Manchmal	Nein	Manchmal	Ja	Manchmal	Ja	Ja	»wovor?«	k. A.	Ja	Nein	Manchmal

- 1 Diese erste Tabelle ist übernommen, übersetzt und ergänzt aus WARNER (1995, S. 238 ff.). Die folgende Tabelle ist übernommen, verändert und ergänzt aus ADERHOLD (1997, S. 27) und bezieht sich auf die vier ausführlich beschriebenen Projekte der Kapitel I.–IV.
- 2 Die Soteria Kalifornien bestand von 1971 bis 1983. Alle Angaben stammen aus WARNER (1995, S. 238 ff.).
- 3 Die Angaben stammen aus WARNER (1995, S. 238 ff.) oder beruhen auf eigener Erfahrung und beziehen sich auf den Zeitraum 1978 bis 1995.
- 4 Die Angaben stammen aus WARNER (1995, S. 238 ff.).
- 5 Die Angaben stammen aus WARNER (1995, S. 238 ff.).
- 6 Die Angaben zur Soteria Stockholm (Zeitraum 1992 bis 1997), Soteria Frankfurt an der Oder, Soteria auf der Station – Gütersloh, Villa Therapeutica (wie im Konzept geplant), Weglaufhaus Berlin, Haus Auenland und dem Biotop Mosbach beruhen auf einer schriftlichen Befragung durch den Autor, Stand 1997, bzw. Stand 1998 für den Lung Fa Tang Temple und das Biotop Mosbach.
- 7 Die Vergleichssumme ist die Summe, die ein vergleichbarer Platz in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus in dem jeweiligen Land bzw. in der Nähe der jeweiligen Einrichtung kostet.
- 8 Die mit »k. A.« beantworteten Fragen werden vom Haus Auenland als schweigepflichtig angesehen.
- 9 Im englischen Original: »agitation and disruptiveness« (WARNER 1995, S. 240)
- 10 Im englischen Original: »obnoxious interpersonal behaviour« (WARNER 1995, S. 240)

	Soteria Kalifornien	Burch House	Soteria Bern	Windhorse
Konzept	Alternative zum med. Modell, interpersonelle Phänomenologie, Diagnosen nur als Forschungskriterium	Alternative zum med. Modell, interpersonelle Phänomenologie, keine Diagnosen	Erweiterung des med. Modells, biopscho-soziale Theorie der Affektlogik (Vulnerabilität), Reizschutz	Kombination aus psychoanalytischen, buddhistischen und biologischen Elementen
Status	Selbstständig, außerhalb der Psychiatrie	Selbstständig, außerhalb der Psychiatrie	Relativ selbstständig außerhalb der Psychiatrie und auch Teil von ihr	Selbstständig, außerhalb der Psychiatrie
Personal	Bis auf die Leitung nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne psychiatrischen Hintergrund	Keine formalen Vorgaben für Interns, senior staff members sind meist ausgebildete Psychotherapeutinnen und -therapeuten	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit und ohne psychiatrischen Hintergrund zu ungefähr gleichen Anteilen	Ein therapiequalifizierender Abschluss ist nur für leitende Therapeutinnen und Therapeuten notwendig
Umgang	Sehr individuell, keine ›Wachen‹, kein weiches Zimmer, ›being with‹ bei psychotischen Klientinnen und Klienten	Sehr individuell, Interns leben im Haus, ›being with‹ bei psychotischen Klientinnen und Klienten	Individuelle und institutionelle Elemente, weiches Zimmer wird häufig genutzt, ›being with‹ bei psychotischen Patientinnen und Patienten	Individuelle Teamzusammensetzung um eine Patientin bzw. einen Patienten, Konzept der ›basic attendance‹
Medikation	Keine Medikation bei 67–100 % aller Klientinnen und Klienten während der ersten sechs Wochen und bei 41–57 % innerhalb von zwei Jahren	Individuelle Entscheidung, mehrere Monate bis Jahre ohne Medikamente sind möglich	Zur Zeit Niedrigdosierung bei 70–90 % aller Patientinnen und Patienten, ca. 1/3 der üblichen Neuroleptika-Gesamtdosis	Möglichst zeitlich begrenzte Anwendung, Absetzen der Medikamente ist ein Therapieziel, wird von allen erreicht
Dauer des Erstaufenthaltes	1. Kohorte: Fünf Monate 2. Kohorte: Sechs Monate	Sehr unterschiedlich, mehrere Jahre sind möglich, im Mittel 18 Monate	Im Mittel sechs Monate	Sehr unterschiedlich, mehrere Jahre sind möglich
Nachsorge	Entwicklung eines eigenen sozialen Netzwerkes, sonst übliches System	In Abhängigkeit unter anderem der räumlichen Entfernung mehr oder weniger intensive Kontakte	Kontakt zur Soteria bleibt oft, Vermittlung in ambulante Psychotherapie, sonst übliches System	Langfristiges Eingebundensein in eine ›Windhorse Community‹ ist möglich
Forschung	Umfangreiche Studien, Vergleich mit psychiatrischen Akutstationen, bei vergleichbarer Symptomreduktion signifikant bessere Wohnsituation und weniger ambulante Kontakte, in der 1. Kohorte auch höhere Beschäftigungsquoten und weniger Wiederaufnahmen	Bislang keine Forschung	Bislang zwei Studien, Vergleich mit vier verschiedenen psychiatrischen Kliniken, in Psychopathologie, Wohn- und Arbeitssituation keine signifikanten Unterschiede	Bislang keine Forschung

Anhang B.: The Oakland Therapeutic Community Experiment, Kalifornien, USA

Bereits in den 50er Jahren war F. J. Braceland, damals Präsident der ›American Psychiatric Association‹, der Auffassung, dass herkömmliche Psychiatrien, unter anderem aufgrund ihrer mangelhaften personellen Ressourcen, eine negative therapeutische Wertigkeit besäßen.

»These institutions are unable to do much about the fact that mental illness is often the product of an abnormal environment, or even about the more obvious fact that one does not correct one abnormal environment by introducing another – the still more abnormal environment of the mental hospital ward. It is quite apparent now that many of the symptoms and much of the abnormal behaviour of the disturbed wards are due to abnormal conditions in the wards themselves.« (BRACELAND 1958, S. VII f.)

Der im Dienst der amerikanischen Armee stehende Psychiater H. A. Wilmer hatte 1955 die Gelegenheit, als Leiter der ›Psychiatric Admission Ward at the Naval Hospital at Oakland‹ ein **gruppentherapeutisches Experiment mit an psychischen Störungen leidenden Soldaten der amerikanischen Armee** durchzuführen. Wilmer war Psychoanalytiker und hatte die von M. Jones initiierte therapeutische Gemeinschaft im Belmont Hospital, London kennen gelernt. Beeinflusst von weiteren Autoren (BETTELHEIM 1950; FROMM-REICHMANN 1939; REES et GLATT 1955) konzipierte Wilmer einen speziell auf die Umgebung eines Hospitals der Kriegsmarine angepassten Ansatz. Dieser sollte neue therapeutische Möglichkeiten eröffnen und gleichzeitig das Problem knapper Personalschlüssel lösen.

Die 34-Betten-Aufnahmestation arbeitete von Juli 1955 bis April 1956 als therapeutische Gemeinschaft. Insgesamt 939 Soldaten haben während dieser Zeit die Station durchlaufen. Sie kamen meist unfreiwillig, zum Teil aus Übersee und blieben in der Regel zehn Tage auf der Station, bevor sie in weiterbehandelnde offene oder geschlossene Stationen verlegt wurden. Die meisten waren in einem jungen Erwachsenenalter und hatten ihre erste schwere Krise. Da auch das gesamte Personal der amerikanischen Armee angehörte, waren alle Beteiligten Teil einer gemeinsamen Kultur. Diese Tatsache erschwerte den Vergleich mit einem psychiatrischen Krankenhaus. In anderen Aspekten gab es Ähnlichkeiten: Einer großen Zahl an Patienten standen nur wenige ausgebildete Fachkräfte gegenüber und Patienten konnten nicht abgelehnt werden.

44,4 % der Soldaten waren psychotisch und viele von ihnen waren »very sick« (a. a. O. S. 19). Bei 91 % dieser 44,4 % wurde eine Schizophrenie diagnostiziert. Weitere 26,6 % hatten die Diagnose ›psychoneurotics‹, 28,3 % fielen unter ›character and personality disorders‹ und die übrigen 0,7 % unter ›acute situational maladjustment‹.

Das **Stationspersonal** setzte sich aus Schwestern, Corpsmen, einem Psychologen und einem Sozialarbeiter zusammen. Dr. Wilmer erfüllte vielfältige Aufgaben als Arzt, Therapeut, Leiter der Gemeinschaftstreffen, Marineoffizier, Verwalter und Hauptverantwortlicher der Station. Er wollte seine Autorität nutzen, um Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen **zwischenmenschlich-therapeutische Prozesse** angestoßen und fortgesetzt

werden konnten. Die Kombination von militärischer und psychotherapeutischer Autorität in einer Person habe sich laut Wilmer insgesamt nicht als hinderlich, sondern in vielen Situationen, zum Beispiel bei Entscheidungen über die nächste psychiatrische Station, als hilfreich erwiesen. Die Rolle von Patientinnen und Patienten auf einer traditionell geführten Station sei die von Kranken. Da Menschen im allgemeinen die Tendenz hätten, die Rolle anzunehmen und zu spielen, die von ihnen erwartet würde, sei eine **Neudefinition der Patientenrolle** notwendig gewesen. In einer therapeutischen Gemeinschaft habe ein Patient die Rolle eines verantwortlichen Mitglieds einer sozialen Gruppe und die Erwartung war, dass dessen Verhalten so weit wie möglich den Normen der Gesellschaft entsprach. Die Soldaten sollten als »useful member« (WILMER 1958, S. 9) in die Gesellschaft zurückkehren.

Patienten hatten ein Recht auf Würde und Selbstachtung, welches durch das Personal niemals verletzt werden sollte. Ihr Wohlergehen hatte höchste Priorität (vgl. a. a. O. S. 20). Auch eine therapeutische Gemeinschaft in einem Krankenhaus könne dazu beitragen, weitestgehend unverfälschte zwischenmenschliche Interaktionen zuzulassen. Man wollte eine Umgebung schaffen, in welcher die Verhaltensweisen und Kommunikationsstile reproduzierbar waren, mit denen es die Soldaten zu tun hatten, bevor sie auf die Station kamen. Die Kommunikation untereinander war weitestgehend unreglementiert. Das dominante therapeutische Ziel war die Förderung der **Selbstkontrolle** der Patienten durch das Erlernen von sozialer Wiederanpassung und Sozialisation. Wenngleich die Patienten erheblichen äußeren Zwängen und Kontrollen unterlagen [geschlossene Stationstüren, der Verzicht auf Privatsphäre in einem großen Schlafsaal, ein durchgeplanter Tagesablauf, die Einbindung in eine militärische Hierarchie mit z. B. wöchentlicher »formal military inspection« (a. a. O. S. 30)], sollte auf die Anwendung bestimmter Zwangsmethoden verzichtet werden: »The use of locks, mechanical restraints, seclusion, punishment, and suppression of ideas and feelings is abandoned whenever possible.« (a. a. O. S. 11)

Das therapeutische Ziel der Selbstkontrolle war gleichzeitig auch eine festgelegte **Erwartung** an die Soldaten. Ihnen wurde einerseits ein krankheitsbedingter Freiraum zugestanden, andererseits wurde dem Ziel der Wiedereingliederung in die reale Welt außerhalb des Krankenhauses Rechnung getragen. Regressives Verhalten wurde weder verstärkt noch bestraft. Für Wilmer war die Essenz einer psychischen Krankheit ein **Schmerz** in Form von Ängsten, Depressionen und paranoiden Gefühle, welcher durch das Aufrechterhalten eines Kontaktes zur Realität und dem Ausfüllen einer Rolle darin entsteht. Es war nicht sein Ziel den Patienten dabei zu helfen, sich von der Realität zurückzuziehen. Er sah seine Aufgabe darin zu analysieren, was in einem Patienten Schmerzen verursacht, sobald er sich der Realität stellt. Damit war nicht gemeint, daß die Realität die psychische Störung verursacht, sondern dass durch den Kontakt die Ängste hervortreten, die für den jeweiligen Patienten typisch sind. »Neither punitive nor lax, the psychiatrist must be on the side of the ego, that part of the patient's makeup which has to mediate with reality.« (a. a. O. S. 69).

Im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens stand das **Gemeinschaftstreffen** (s. Abb. 14).¹ Diese fanden von Montag bis Samstag täglich zwischen 8.45 h und 9.30 h statt. An ihnen nahmen bis zu 34 Patienten und zwischen fünf und zehn Vertreterinnen und Ver-

1 Daneben gab es auch die Möglichkeit zu Einzelgesprächen mit Dr. Wilmer.

Beispiel einer Gemeinschaftssitzung

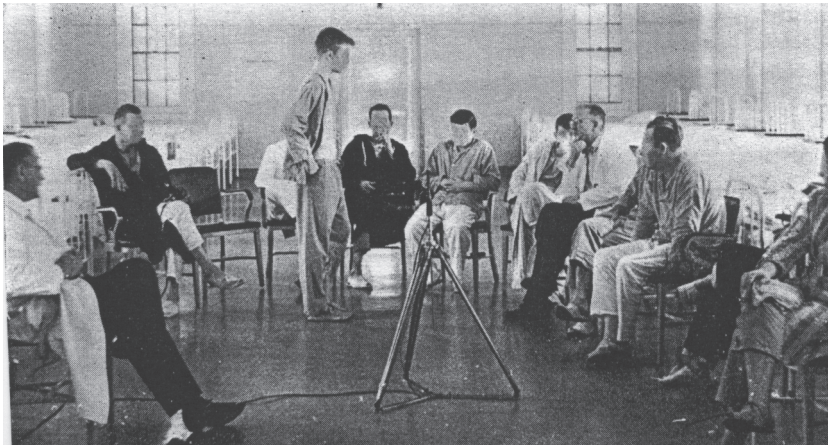


Abb. 14 aus WILMER (1958, S. 34)

treter des therapeutischen Personals teil. Auch von den am schwersten Erkrankten wurde erwartet mit in der Runde zu sitzen und, falls möglich, etwas zu sagen. Patienten hatten so die regelmäßige Möglichkeit, mit den Therapeuten und miteinander über Mittel und Wege zu diskutieren, mit denen sie das soziale Chaos um sich und das mentale Chaos in ihnen überwinden konnten. Das Ziel der therapeutischen Gemeinschaft sei nicht Frieden gewesen, sondern ein bewusster Gebrauch von Anspannung durch eine kontinuierliche Reflexion von sozialen Positionen, Verhalten und Motivation, sodass das ›Ego‹ sich letztlich zeigt und erkannt wird.

»Here, in an atmosphere of intimate, spontaneous, face-to-face interaction, both patients and staff can express their own feelings and needs, and hidden community tensions can be revealed and examined.« (a. a. O. S. 9 f.)

Das folgende Beispiel illustriert, wie sich diese Gemeinschaftstreffen oft entwickelten:

»The patient in this instance was a 17-year-old paranoid schizophrenic named Lind (fictitious), who had been transferred to Oakland from another hospital. The note accompanying his transfer told of fears which had made his behaviour in this previous hospital so noisy and violent that he had had to be kept in the seclusion room through a large part of his stay there. During his first few days on our ward Lind sat silent in the community meetings. Then one day he suddenly stood up in the meeting and said, ›Do I have to be shot?‹ I asked him, what he meant and he replied, ›Someone told me I'm going to be shot.‹

The other patients, deeply interested, now began questioning him. One asked, ›Who told you?‹ and Lind said, ›A sailor; he had three stripes.‹ Another patient pressed for more specific informations. ›Exactly who told you? What was his rate? And what were his exact words?‹ Lind was silent but seemed to be hallucinating. I asked him, ›Did you hear a voice?‹ ›Yes‹, he answered, ›but it was the sailor.‹ I inquired further, ›Could

it have been your imagination?« He replied, »No, it was real.« This statement brought visible relief to the other patients; they apparently preferred to deal with the »reality« rather than the fantasy. Lind continued, »The voice said I am going to be executed.« At this point a sergeant stood up, walked to Lind's side, and said to him in a fatherly tone, »You are not going to be shot. Son, you have a job to do, and we're here to help you. We're a group. There are men on your left and men on your right, and it would be hard to shoot you here. We will help you.« (As was frequently observed in the community discussions, the sergeant did not deal with the delusional nature of Lind's communications; instead he emphasized the present reality – the fact that Lind was a member of the group, which would protect him. Indeed he did not even deny that Lind would be shot, only that it was unlikely in these circumstances.) Another patient, a neurotic, joined the sergeant at Lind's side and said, »The guy who said it should be shot.« And a psychoneurotic with severe phobias solicitously inquired, »How do you feel?« Lind answered, »I am afraid of being shot.« Someone now suggested that perhaps his present fears were related to fears which he had had as a child, and the group moved on into a discussion of this possibility. It was observable that, after this meeting, Lind's delusional fear of being executed lost its force. For a few days he still occasionally referred to it, but almost as if he were talking about an abstract idea rather than something which he believed was actually going to happen. And by the end of his stay on the ward, he ceased mentioning it altogether.« (a. a. O. S. 34 ff.)²

Der therapeutische Umgang mit Wahnideen und Halluzinationen war darauf ausgerichtet, die Angst vor ihnen zu verlieren und sie als einen **normalen Teil des Stationsalltags** anzunehmen. Bis zu einem gewissen Grad betrachtete man Halluzinationen als eine Rolle, welche die Soldaten in einem Drama auf der Station spielten. Man sei jedoch immer davon ausgegangen, dass diese Rollen veränderbar waren. Es habe auf der Station insgesamt eine erstaunliche Toleranz für psychotisches Erleben gegeben, welche auch in den Stunden nach dem Gemeinschaftstreffen angehalten hätte (vgl. a. a. O. S. 253). Ziel der Gruppensitzungen war es, nach individuellen Auswegen und Lösungen für Angst machende oder befremdliche psychotische Erfahrungen zu suchen, die zur geringstmöglichen inneren Anspannung **aller** Beteiligten führen würden. Alle in der Gemeinschaft sollten an der Lösung des Problems beteiligt sein und versuchen, dem eigentlichen Problem auf den Grund gehen. Extremes psychotisches Verhalten wurde nicht deswegen abgelehnt, weil es unverständlich und als nicht nachvollziehbar erschien, sondern weil man es als zu dogmatisch ansah und sich aus einem Eingehen auf dieses Verhalten keinen Erfolg versprach.³

2 In WILMER (1958) findet sich ein umfangreiches Material zu typischen Einstellungen und Situationen aus den Gemeinschaftstreffen: »The Winning-Over of an Uncooperative Patient«, »Domination of the Meeting by One Patient«, »Problems faces with a Vocal Hostile Subgroup«, »Troubled times with a »Favorite Son« Situation«, »The Theme of Suicide in the Community Meeting«, »Attitudes Toward Insanity«, »Silence«, »Affect: Laughter and Tears«, »Attitudes Toward the Leader«, »Attitudes Toward the Meetings«.

3 Vgl. BATESON (1958, S. 341) zur Einschätzung dieses Vorgehens: »The group exerted its repressive measures by insisting implicitly that whatever was said be open to reply – a sort of democratic tyranny which perhaps did much to discourage and disqualify psychotic behaviour.«

Das Streben nach Selbstkontrolle wurde an die Patienten nicht nur von Seiten des Personals herangetragen. Es bestand auch ein **Anpassungsdruck** unter den Patienten.⁴

Wilmers **gruppentherapeutische Techniken** bestanden u. a. im Interpretieren und Kommentieren von Gesagtem und Handlungen, sowie dem bewussten Nichtbeantworten bestimmter Fragen, um den Patienten die Illusion eines allwissenden Leiters zu nehmen (vgl. a. a. O. S. 278 ff.). Jedes Gemeinschaftstreffen wurde am Ende von Wilmer kurz zusammengefasst:

»I chose the theme which seemed to weave most constantly through the hour and pointed its development, the precise words used, and its ego level, meaning or interpretation. (...) I illustrated the points in my summary of the meeting by quoting significant comments made during the hour and attributing these comments by name to the patients who had made them. This assured the patients that, though I might be silent, I was listening all the time. It also gave a feeling of status to the patients who talked, and the pleasurable sensation of hearing their own words spoken back to them in a calm and quiet voice with the obvious inference that what they had said was meaningful. It gave a sense of structure to the group meeting which on the surface often sounded chaotic.« (a. a. O. S. 151) »By my comments on the patients' communications I consciously tried to guide the discussion to meaningful ends, but the process of therapy was primarily that which the patients performed upon each other.« (a. a. O. S. 33)

Nach jedem Gemeinschaftstreffen gab es eine **Sitzung des Personals**, in der über das Geschehene gesprochen wurde. Zu Beginn jeder Sitzung wurde die Sitzordnung analysiert, in der man im Laufe der Zeit eine ungeplante Gesetzmäßigkeit entdeckte. »For example, there was a speaker-of-the-house chair, a preacher's chair, a sniper's chair, a guest-of-honour chair, a right-hand-of-God chair, and so on.« (a. a. O. S. 46) Die Personaltreffen dienten zu einem großen Teil der Entlastung des Personals von Ängsten. Wilmer habe dem Personal häufig das Gefühl geben müssen, dass jedes Gemeinschaftstreffen Struktur und Bedeutung gehabt habe. Eine therapeutische Gemeinschaft sei auch therapeutisch für das Personal. Es gäbe ein häufig zu beobachtendes Spiel des Personals, das Schlechte und Negative in einer Institution zu suchen und es bei den Patienten oder den Führungskräften zu finden. Dies sei ersetzt worden durch einen selbstreflektierenden Prozess, welcher das Schlechte und Negative in einem selbst finden würde. Der Luxus von Projektionen würde so jedem oder jeder Einzelnen verweigert.

Auf der Station wurden **Barbiturate** als Beruhigungs- und Schlafmittel sowie mit Chlorpromazin und Reserpin versuchsweise die ersten **Neuroleptika** als sog. »ataractic drugs« eingesetzt. Man lehnte eine Abhängigkeit von Medikamenten ab, da dies dem übergeordneten therapeutischen Ziel der Förderung der Selbstkontrolle entgegenlaufen würde. Medikamente wurden dann als hilfreich angesehen, wenn sie diesen Prozess zeitweise unterstützen konnten. Jede Medikamentengabe fußte auf einer individuellen und situativen Entscheidung.

Chlorpromazin wurde mit durchschnittlich 100 mg pro Tag für hyperaktive, aggressive psychotische Patienten verschrieben, in deren Vorgeschichte Gewaltakte beschrieben waren. Reserpin wurde mit einer durchschnittlichen Dosis von 1 mg pro Tag denjenigen psychotischen Patienten gegeben, die hauptsächlich unter starken Ängsten litten (vgl.

4 Vgl. das Beispiel in Fußnote 16 unter VI. 2. 1. 1.

a. a. O. S. 99). Während der gesamten Zeit hatten 11 % der Soldaten Chlorpromazin und 9,1 % Reserpin eingenommen. Die meisten der behandelten Soldaten waren psychotisch. Da 44,4 % aller Patienten psychotisch waren, sind weniger als die Hälfte von ihnen mit Medikamenten behandelt worden.

In seiner Beurteilung der therapeutischen Effektivität der Medikamente betont Wilmer auch den **Nutzen für das therapeutische Personal**. Dessen Fähigkeit, eigene Ängste im Umgang mit psychotischen Menschen auszuhalten, sei der bestimmende Faktor in der Medikamentenvergabe gewesen. Folgende Erfahrungen wurden mit dem Einsatz der Medikamente gemacht: Mit Patienten mit früheren Gewalttätigkeiten habe man auch ohne Medikation häufig adäquat umgehen können, bei vielen Soldaten konnte eine vorbestehende Medikation abgesetzt werden und oft sei es zu beobachten gewesen, dass Soldaten mit einer Kombination aus Medikation und therapeutischer Gemeinschaft eine Verbesserung gezeigt hätten, die vorher in der Kombination aus Medikation und traditioneller psychiatrischer Akutstation nicht aufgetreten war (vgl. a. a. O. S. 103 ff.).

Das folgende Beispiel zeigt, dass die Anwendung der Neuroleptika unter anderem vom **Inhalt** der Psychosen abhängig gemacht wurde.

»This extremely sick paranoid schizophrenic had been given small doses of chlorpromazine (25 mgs t.i.d.) for 10 days at the previous hospital without improvement. The note accompanying his transfer to Oakland described him as in an ›acute paranoid state, exhibiting suspiciousness, inappropriate affect, marked delusions, and difficulty with speech‹. Among the delusions was the fixed idea that he was surrounded by Communist spies who were putting poison in his food and cigarettes, and that he would die at any moment.

He also had the delusion that there was a fishbone in his throat. On his admission to Oakland, these findings were still manifest. He repeatedly demanded that I operate on him at once for the removal of the fishbone. It was significant that, in his interview with me, he attributed his troubles to the fact that when he had gone home on leave he had felt unwelcome by the community and especially by his mother. The importance of the social situation in this man's illness was reinforced by the fact that his parents were divorced when he was small. He had lived with his mother (whom the neighbors, he said, considered ›crazy or peculiar‹) until he was 14; he was sent to a foster home and, at 16, to an orphanage.

He was not treated with the ataractic drugs on our ward because many of his paranoid symptoms were dramatically of a social sort, and control of his ›thinking process‹ by medication was considered a less effective approach than social adjustment with a peer group and a father-surrogate. Moreover, he was under no appreciable motor tension, although anxious. During his stay on the ward, his delusion about the fishbone remained unchanged. Yet he ceased to express his fears about Communist spies and about being poisoned, except at add moments and then only half-heartedly. He adjusted satisfactorily to the ward without the aid of ataractic drug, and contributed meaningfully to the community meetings.« (a. a. O. S. 111 f.)

Wilmer selbst kommt insgesamt zu einer **positiven Einschätzung** des Experimentes. Trotz der kurzen Aufenthaltsdauer besserten sich die Symptome einiger Patienten deutlich (vgl. a. a. O. S. 40). Die beiden ›seclusion-rooms‹, vorher fast ununterbrochen belegt, wurden während des Experiments kein einziges Mal benutzt und konnten in ein Musikzimmer

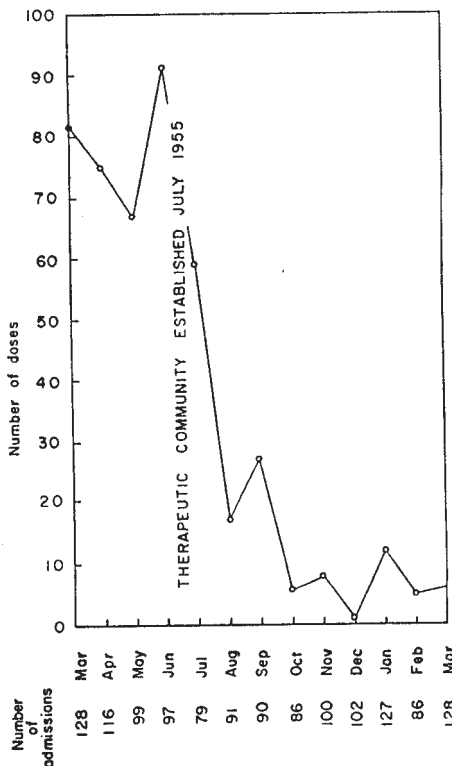
Rückgang der Einnahme von Barbituraten

Abb. 15 aus WILMER (1958, S. 369)

und ein Büro umgewandelt werden. Ebenso konnte auf »mechanical restraints« (a. a. O. S. 19) gänzlich verzichtet werden. »Serious violence disappeared entirely.« (a. a. O. S. 18) Ein weiteres interessantes Ergebnis ist die Tatsache, dass mit der Etablierung der therapeutischen Gemeinschaft der **Gebrauch von Barbituraten** als Beruhigungs- und Schlafmittel drastisch reduziert werden konnte, siehe Abb. 15. Die Daten beziehen sich auf den Zeitraum von März 1955 bis März 1956.⁵

Nach einem einwöchigen Besuch der Station war BATESON (1958, S. 334) sehr beeindruckt von dem wahrscheinlichen therapeutischen Wert der Geschehnisse. Aus seiner Sicht haben folgende Umstände zu einem Gelingen des Experiments beigetragen:

- Eine durch die militärische Einbindung bedingte **Motivation** der Soldaten, eine für alle Mitglieder hilfreiche Gruppe zu bilden;
- die **Kombination** aus menschlicher Vertrautheit und Statusrespekt, welche viel-

⁵ Diese Grafik dürfte einer der ersten statistischen Nachweise sein, dass man durch psychosoziale Unterstützung Psychopharmaka einsparen kann.

leicht ein notwendiger Bestandteil jeder therapeutischen Veränderung sei;

- das Vorhandensein einer gewissen **Spannung** in den Gemeinschaftstreffen, »a certain friendly emulation or competition« (a. a. O. S. 339), die ein essenzieller Bestandteil des therapeutischen Prozesses war;
- die **Integrität** von Dr. Wilmer:
»The doctor is not afraid of a conflict between his feelings and his status; he is, therefore, not afraid that any expression of feelings by a patient might reduce his prestige as a doctor; the patient need not to be afraid.« (a. a. O. S. 338).

W. G. Barrett, der damalige Präsident der ›American Psychoanalytic Association‹, schrieb:
»I believe that the therapeutic community mode of treatment as presently practiced by Doctor Wilmer is one of the most hopeful developments in psychiatry from both the administrative and psychotherapeutic points of view.« (W. G. Barrett in BRACELAND 1958, S. X)⁶

6 »With this belief I heartily agree«, fügte BRACELAND (1958, S. X) hinzu. Er selbst beschrieb die Leistung Wilmers folgendermaßen: »He has demonstrated, however, that people, no matter how ill they are, can be influenced by their environment, and he has pointed a new direction for future research in group methods and in social psychiatry.« (BRACELAND 1958, S. X)

Anhang C.: Soteria Nacka »Crisiscenter«-Stockholm

Ausgangspunkte der Gründung der Soteria Nacka war die Arbeit der Soteria San José und die auf ALANEN et al. (vgl. 1982) zurückgehenden Vorstellungen über die Therapie von Psychosen. Die Einrichtung, die Teil der **Pflichtversorgung** war, konnte bis zu acht Klientinnen und Klienten, hauptsächlich junge, erstmals psychotisch gewordene Menschen, aufnehmen. Die Station Soteria Nacka bestand von September 1992 bis Juni 1997. Seitdem arbeitet das Soteria-Team **ambulant** im Kontakt mit Patientinnen und Patienten, deren Familien und dem gesamten psychiatrischen System.¹ Zwei Prinzipien stehen im Vordergrund des therapeutischen Ansatzes der »Hilfe zur Selbsthilfe« (HOHN 1996, S. 112). Erstens wird eine Psychose als **Krise** mit allen Möglichkeiten von Entwicklung und Wachstum gesehen. Zweitens gilt das Prinzip der **Problemformulierung**. Dieses beinhaltet die »Erarbeitung einer psychologischen Vorgehensweise, die die mentale Aktivität der betroffenen Person fördert und festigt und ihre eigene Sichtweise der gegenwärtigen Situation betont. (...) Was getan und was unterlassen wird, entspringt alleine dem Bedürfnis unserer Patienten, d. h. aus der Problemformulierung des Patienten.« (a. a. O. S. 110 ff.)

Prinzipiell soll eine Krisenintervention so schnell wie möglich erfolgen, »solange der Leidensdruck noch hoch und der Patient für Hilfe und Unterstützung empfänglich ist« (a. a. O. S. 109).

Das therapeutische Team besteht aus Menschen mit sehr unterschiedlichen Lebensläufen.

»Dies geschah, um eine dynamische und vielseitige Gruppe zu bilden, die in der Lage ist, mit ihrer besonderen Beschaffenheit ein kreatives und flexibles Milieu zu schaffen. Auf diese Weise wird es den Patienten ermöglicht, sich aus den Mitarbeitern eine Person auszusuchen, mit der sich eine bedeutungsvolle Beziehung entwickeln kann.« (a. a. O. S. 111)

Aufgabe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es,

»bei den psychotischen Menschen das auftauchende subjektive/eigene Verstehen zu erleichtern und zu fördern und sie nicht sofort unseren hypothetischen Vorstellungen zu unterwerfen. Jede Maßnahme sollte aus den persönlichen Erfahrungen des/der Patienten/in hervorgehen bzw. mit ihnen verknüpft sein, und in der Form seiner/ihrer Problemformulierung erläutert werden, z. B. diagnostische Methoden wie Rohrschach und SCID-Interview, Familientherapie, nichtverbale Therapie z. B. Kunsttherapie, Medikation oder die Aufnahme in Soteria Nacka« (a. a. O. S. 110).

Das Soteria Nacka-Modell ermuntert auch dazu, **länger dauernde Beziehungen** einzugehen. Viele Patientinnen und Patienten haben nach ihrer Entlassung Kraft aus der nachhaltigen Unterstützung untereinander und durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl.

¹ Diese Informationen entstammen einem Brief der Soteria-Mitarbeiterin P. Hohn an mich vom 17.7.1997.

a. a. O. S. 112) geschöpft. Der folgende Beispielverlauf verdeutlicht das Prinzip der Problemformulierung und zeigt zudem, dass das »weiche Zimmer« auch eine Angst erzeugende Wirkung haben kann:

»Unser Psychiater wird von einem Arzt der Intensivstation des hiesigen Krankenhauses hinzugezogen. Lisa, eine junge Frau von etwa Mitte 20, war nach einem sehr ernsthaften Selbstmordversuch eingeliefert worden. Ein Psychiater der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses hatte die junge Frau untersucht; seine Diagnose lautete Schizophrenie. Da sie bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Berührung mit dem psychiatrischen System hatte, wird sie am nächsten Tag ins »Crisiscenter« Soteria Nacka aufgenommen. Dort trifft sie in Begleitung ihres Ehemanns und unseres Psychiaters ein. Angekommen, schließen sich ihnen zwei weitere Mitarbeiter unseres Teams an und versuchen in Erfahrung zu bringen, was vorgefallen ist. Wir fragen Lisa: »Was denkst du ist der Grund, warum du hier bist? Wie würdest du selber deine momentane Lage einschätzen?« Ihre Antwort lautet, dass sie selber auch nicht so ganz genau wüsste, was eigentlich so abgelaufen sei; nachdem sie jedoch solange zwischen allen Dingen geschwebt hätte, sähe sie den einzigen Weg, um aufzuhören wie ein Vogel zu sein, darin, den Vogel zu töten. Schließlich sagt sie noch: »Das, was ich Ihnen gesagt habe, ist nicht die ganze Wahrheit. Ich möchte nämlich nicht hier bleiben. Ich will bei meiner Familie sein, bei meinem Mann und meinem kleinen Sohn.« Während sie spricht, bleibt ihr Blick starr. Auf ihrem Gesicht perlt der Schweiß, und ihre Stimme bebzt. (...) Ein Mitarbeiter ermuntert Lisa, erstmal in Soteria Nacka zu bleiben, vielleicht könne man zusammen irgendeinen Weg herausfinden, sie von da oben herunterzuholen, dann müsste sie auch diesen Vogel nicht mehr töten. Auf jeden Fall wären auch ihre Angehörigen in Soteria Nacka willkommen, falls sie sich auch dort aufhalten möchten. An dieser Stelle hebt Lisa zum ersten Mal den Blick und wendet sich an unsere Mitarbeiterin Maria, die freundlich auf sie angesprochen hatte. Wenn das wirklich so wäre wie Maria es eben vorgeschlagen hätte, dann würde sie doch zustimmen, ein paar Tage in Soteria Nacka zuzubringen. Wir sagten Lisa, dass eine kleine Gruppe des Teams mit ihr zusammenbliebe, bis sie einen guten Weg gefunden hätte, um aufzuhören ein Vogel zu sein, ohne sich und die Familie zu verletzen. (...) Nachdem ihr Mann weggefahren war, zeigte sich Lisa sehr misstrauisch. Der »Chefideologe« unter uns hatte nämlich im Gespräch zuvor verlauten lassen, dass der beste Weg, mit einer hochgradig verstörten Person zusammenzusein der wäre, mit ihr das »weiche Zimmer« zu teilen und dadurch Stressreize abzubauen und so dem Patienten wieder in die gemeinsame Wirklichkeit zurückzuerhelfen. Die Mitarbeiterin, die Lisa an diesem Abend betreute, war erst vor ganz kurzer Zeit eingestellt worden. Ihre Dienstanweisung hatte gelaute »einfach bloß da zu sein«, und eine akut verstörte Person im »weichen Zimmer« zu betreuen. Einige Wochen später erzählte Lisa, dass sie tatsächlich früher einmal in ihrer Heimat in einem Ostblock-Land von der Geheimpolizei abgeholt worden und für einige Zeit in ein Gefängnis gesperrt worden sei. Als Lisa bemerkte, dass man sie am Verlassen des Raumes hinderte, verschlechterte sich ihr Zustand, denn, wie sie später erzählte, hatte sie geglaubt, sie würde jetzt von der Geheimpolizei verhört. Die Mitarbeiterin ließ daraufhin ihren gesunden Menschenverstand walten und sah ein, dass es keinen Sinn machte, in dieser Situation im weichen Zimmer zu sein oder Wache zu halten – dies war eindeutig negativ. Stattdessen schloss sie sich mit Lisa den anderen Bewoh-

nern an, und gemeinsam unternahmen sie einen Erkundungstreifzug durch die ganze Soteria. Auf diese Weise wurde das Konzept des ›Dabeiseins‹ ausgeweitet und mit Lisas gegenwärtiger Problemformulierung in Verbindung gebracht. Eine gestörte Person, die Angst hat, sie würde von der Geheimpolizei gefangen gehalten, wird ihr Misstrauen bestätigt finden, wenn man versucht, sie in einem Raum festzuhalten. Indem wir uns wortwörtlich an die Problemformulierung eines Patienten halten, so verrückt diese auch gerade klingen mag, stärken wir sein/ihr Identitätsgefühl und bekräftigen, dass wir seine/ihre Probleme und Bedürfnisse ernst nehmen und diesen Menschen als psychologischen Wesen akzeptieren.« (HOHN 1996, S. 112 ff.)

Anhang D.: Soteria an der Oder, Frankfurt

Im April 1997 wurde die **erste deutsche Soteria** in Frankfurt an der Oder eröffnet. Da sich die gesamte Konzeption in vielen Aspekten stark an dem Berner Soteria-Modell (s. III.) orientierte werden hier lediglich einige Besonderheiten dieses Projektes dargestellt. Die ›Soteria an der Oder‹ war ein **deutsch-polnisches Partnerprojekt**. Träger der deutschen Projekthälfte war der Verein ›Soteria an der Oder e. V.‹, der von Anbietern der ambulanten, komplementären und stationären Versorgung der Region mitgetragen wurde. Träger des polnischen Projektanteils war der Verein ›Hilfe der Neurologie und Psychiatrie‹ Gorzów, der aus der Klinik Gorzów hervorgegangen war (vgl. HELLERMUND 1996). Das Soteria-Haus auf deutscher Seite wurde von der Stadtverwaltung Frankfurt/Oder zur Verfügung gestellt, und konnte bis zu zehn Patientinnen und Patienten aufnehmen (vgl. ›TAZ‹ vom 12.4.1997). In den kommenden Jahren sollte eine Soteria auf polnischer Seite folgen. Angestrebt wurden gegenseitige Hospitationen und gemeinsame Veranstaltungen zu Forschung und Fortbildung. In jedem Haus sollten Betroffene des anderen Landes aufgenommen und durch ein zusätzliches therapeutisches Team ihres Herkunftslandes betreut werden.

»Die jeweils andere Sprache soll gelernt werden. Regelmäßige Team-Beratungen sollen gemeinsam stattfinden. Arbeitstherapie, Freizeit mit Patienten und Angehörigen kann gemeinsam mit deutschen und polnischen Patienten organisiert werden. Ziel ist gegenseitige Akzeptanz und Möglichkeiten zur Freundschaft für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter mit Möglichkeit einer Ausstrahlung in das Einzugsgebiet.« (HELLERMUND 1996, S.182)

In der therapeutischen Konzeption der Soteria an der Oder wurde eine Parallele gezogen zwischen der **Begegnung des Fremden** in anderen Kulturen und der Begegnung des Fremden in Form von seelisch-geistiger Verwirrung.

»Grenzöffnung schafft Hoffnung, aber auch Angst vor dem Unbekannten. Wenn die Grenze der Persönlichkeit bricht, die der Kultur oder des Gewohnten, kann Krise, Verzweiflung und Destruktion die Folge sein. In der sozialpsychiatrischen Krisenarbeit geht es darum, das andere in uns oder im psychisch erkrankten Mitmenschen anzunehmen, so wie es ist, geduldig und liebevoll, verbal und non-verbal eine Ebene der Akzeptanz herzustellen. Entspannung, Musik- und Kunsttherapie kann versuchen, auch dem Unbekannten einen Sinn zu geben.« (HELLERMUND 1996, S. 183)

Das Projekt finanzierte sich hauptsächlich aus europäischen Fördergeldern für Grenzgebiete. Nachdem diese Mittel eingestellt wurden, musste die Soteria Frankfurt an der Oder nach weniger als zwei Jahren Laufzeit im Januar 1999 schließen. Bis dahin waren dort 103 Männer und 94 Frauen aufgenommen worden.

Anhang E.: Soteria auf der psychiatrischen Station, Gütersloh

In der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie Gütersloh (WKPPN) gibt es seit Anfang 1993 eine prinzipiell **offen** geführte Aufnahme- und Rehabilitationsstation, das Hermann-Simon-Haus II (HSH II). Diese ehemalige Langzeitstation ist Teil der Pflichtversorgung für je drei Gemeinden der Kreise Herford und Lippe. Betreut werden bis zu 20 akut Erkrankte und Menschen mit einer längeren Rehabilitationsphase. Eine Verlegung von »schwierigen Patienten« (BRILL 1996, S. 67) auf andere Stationen ist verboten. Ein Stationsteam, welches sich speziell für diese Station beworben hatte, hat von Beginn seiner Arbeit an **Elemente des Soteria-Ansatzes** umgesetzt. Die Behandlungs- und Betreuungsprinzipien entsprechen in großen Teilen denen der Soteria Bern (s. III. 2.; vgl. JIKO 1996, S. 201).¹

»Das Konzept der therapeutischen Begleitung in und durch die Psychose fordert für psychotisch erregte und verängstigte Menschen ein beruhigendes, entspannendes, freundlich-wohlwollendes Klima mit Abschirmung von verwirrenden Reizen sowie eine kontinuierliche Stützung in tragenden menschlichen Beziehungen. Es muss den betroffenen psychisch kranke Menschen möglich sein, dass sie ihre psychotische Krise als sinnvolle Erfahrung erleben können.« (JIKO 1996, S. 199 f.)

Man versucht unter anderem, auf Zwangsmedikation und andere Zwangsmaßnahmen zu verzichten. Auf Wunsch von Betroffenen kann eine Begleitung durch die Psychose ohne Neuroleptika angeboten werden, soweit dies mit den Anforderungen der Stationsarbeit vereinbar ist. »Der Wunsch nach Nicht-Medikation wird weitestgehend erfüllt.« (BRILL 1996, S. 67) Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, mit der WKPPN eine schriftlich fixierte **Behandlungsvereinbarung** zu treffen. Hierin können Wünsche hinsichtlich der Gestaltung der Aufnahmesituation, der Kontaktpersonen, der Medikation, der Regelung der häuslichen Situation, etc. geäußert werden. Außerdem finden von Betroffenen dominierte Dialogtreffen zur Interessenartikulation der unterschiedlichen Gruppen statt (vgl. BRILL 1996, S. 67).

Das Stationsteam ist anhand des kliniküblichen Stellenschlüssels zusammengestellt. Man bemüht sich um eine wenig hierarchische Zusammenarbeit und orientiert sich überwiegend an einem Bezugspflege- und Bezugsbetreuungssystem. Eine Gruppensupervision findet einmal pro Woche statt. Wie in Bern gibt es auch im HSH II ein »**weiches Zimmer**«. In diesem halten sich Menschen in akuten Krisen mit oder ohne Begleitung ebenso auf wie

»(...) Langzeitpatienten, die sich z. Z. zur Rehabilitation und Enthospitalisierung auf unserer Station befinden, und die eine sehr lange Krankenhauserfahrung hinter sich haben, die wir noch kennen im Zustand von Rückzug, schwerster Kontaktstörung, Regression. Diese Menschen wurden mit der Änderung des Milieus der Station lockerer, zugänglicher, lebten auf und nutzten Angebote verschiedenster Art, auch das weiche Zimmer, z. B. für Rückzug, Entspannung, Spiele« (JIKO 1996, S. 202) .

¹ Eine aktuellere und sehr ausführliche Quelle ist KROLL 1998.

Weiterhin wird das ›weiche Zimmer‹ von Patientinnen und Patienten genutzt, um mit den vorhandenen Matten und Kissen als Ausdruck des eigenen Chaos eine eigene Anordnung herzustellen, manische Anteile und Aggressionen auszuleben oder besondere Rituale zu vollziehen. Es dient auch als Ruheraum und als Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige. Ein erstes Resümee der bisherigen Arbeit beschreibt durchweg positive Erkenntnisse. Das Klima der Station

»(...) hat sich entscheidend geändert, für alle: Betroffene, Angehörige und für Mitarbeiter. Das Klima ist tragfähiger, wärmer, individueller und klarer. Alle Beteiligten können sich mehr einlassen. Die Gespräche, Diskussionen, der Erfahrungsaustausch um das Konzept, um das weiche Zimmer und unsere ersten Erfahrungen zeigen als Tendenz, dass sich Haltungen geändert haben, Haltungen und Einstellungen zum Verständnis von Krankheit, zu der Art des Begleitens von psychisch kranken Menschen« (a. a. O. S. 203).

Die therapeutischen Teams könnten sich jetzt eher als in der Vergangenheit auf Wünsche von Menschen in einer psychotischen Krise nach Begleitung ohne Medikamente einlassen, sie könnten abwarten und sich auf Verhandlungen einlassen. Alle Beteiligten sind zufriedener mit einer individuellen Lösung von Behandlung und Begleitung, was sich unter anderem auch in **sehr niedrigen Fixierungszahlen** ausdrückt. Im Gesamtjahr 1994 gab es im HSH II insgesamt nur eine Fixierung gegenüber einem Mittelwert der übrigen allgemeinpsychiatrischen Stationen von 100. Im ersten und zweiten Quartal 1995 musste man im HSH II insgesamt zweimal fixieren gegenüber einem Mittelwert der übrigen allgemeinpsychiatrischen Stationen von 52.

Diese Soteria-Krankenhausstation ist in ihrer Arbeit **strukturellen Zwängen** unterworfen (vgl. a. a. O. S. 204): Die Zahl der Patientinnen und Patienten ist sehr hoch, der Personalschlüssel zu niedrig, um kontinuierliche Begleitungen anzubieten, und die Personalpolitik liegt in den Händen der Krankenhausleitung. »Es bleibt eine Situation, die den Gesetzen der Gesamtinstitution nicht entrinnen kann.« (a. a. O. S. 204)² Die schwierige Frage:

»Können solche Elemente überhaupt in bestehende Klinikstrukturen integriert werden, oder ist es nicht besser, in so genannter reiner Ausführung soteriaähnliche Projekte außerhalb von Kliniken unter anderen Trägerschaften einzurichten?« (a. a. O. S. 200),

beantwortet I. Jiko indirekt:

»Wir betreiben keine reine Lehre einer besonderen therapeutischen Begleitung für besonders ausgewählte Patienten. Wir versuchen, Soteria als **Haltung** (Hervorh. d. d. Autor) zu integrieren und uns auf eine verstehende Begleitung von Menschen mit psychischen Krisen einzulassen. Solange die Wünsche der Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeiter nach weiteren alternativen Formen psychiatrischer Begleitung in den Gemeinden, wie Zufluchtshäuser, kleine Behandlungseinheiten, überwiegend flexible ambulante Betreuung, nicht erfüllt sind, sehen wir unsere Arbeit als eine Möglichkeit auf dem Wege dorthin.« (a. a. O. S. 204)

2 »Vieles kann so erreicht werden, aber eine durchgängige Psychosebegleitung ist bei der gegenwärtigen Größe und personellen Ausstattung vor Akustationen nicht möglich. Weil die Psychosebegleitung eine, vielleicht sogar *die* Kernidee des Soteria-Ansatzes ist, bin ich skeptisch, ob wir für solche Behandlungsformen wirklich das Wort Soteria benutzen sollten.« (ADERHOLD 1997, S. 28)

Anhang F.: Villa Therapeutica, St. Gallen, Schweiz

Im Dezember 1994 gründete sich in St. Gallen der Verein ›Villa Therapeutica‹, welcher Seminare und Vorträge über psychotherapeutische Themen veranstaltete und für die Umsetzung einer kleinen, gemeindenahen, kostenbewussten, psychiatrischen Basisversorgung eintrat. Das Besondere an dem Modell ›Villa Therapeutica‹, welches sich als Ergänzung zur kantonalen Versorgung verstand, war seine Zusammensetzung aus vier Elementen (vgl. Abb. 16):

Eine **Krisenpforte** sollte als Anlaufstelle für Menschen mit akuten psychischen Problemen und für Angehörige dienen, die sich im Zusammensein mit Menschen in akuten Krisen überfordert fühlen. Nach telefonischer oder persönlicher Kontaktaufnahme sollten in Abhängigkeit von den jeweiligen Problemen schnell weitere Schritte eingeleitet werden, zum Beispiel eine Aufnahme in das Krisengästehaus oder eine Weiterleitung an andere Institutionen.

Das **Krisengästehaus** hätte von maximal acht Klientinnen und Klienten als therapeutische Übergangseinrichtung genutzt werden können. Es sollte spontane, sofortige und intensive psychosoziale Unterstützung und Begleitung für Personen, Paare oder Familien gewährleisten, die sich in der schwierigen Situation eines psychosozialen Zusammenbruchs befinden.

Netzwerk der Villa Therapeutica

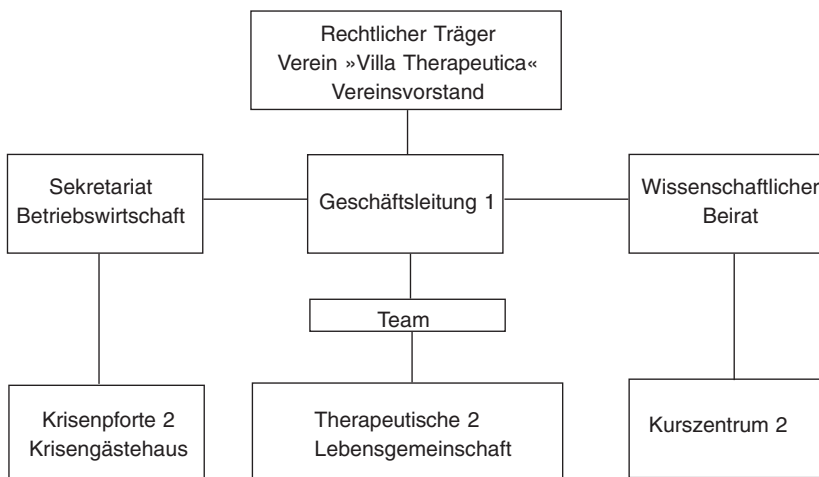


Abb. 16 aus BRILL (1996, S. 105)

»Unser therapeutisches Milieu – der üblichen und häuslichen Umgebung ähnlich – gewährt

- Schutz vor weiteren Leid erregenden Reizen,
- einen Zufluchtsort, in dem wir Schutz und Halt geben
- die Unterstützung für alle an der Krise Beteiligten, damit sie konstruktiv und integrativ einen Weg durch die Krise hindurch finden.« (BRILL 1996, S.100)

Rund um die Uhr sollten zwei Betreuerinnen und Betreuer im Haus sein, die durch ein Netzwerk weiterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt werden sollten, sodass jeder Gast möglichst regelmäßig betreut würde. »Das Ziel des Aufenthalts im Krisen-Gästehaus ist es, bei sich selbst anzukommen und zu sich zu finden. Wir bieten einen Freiraum, um dies zu ermöglichen.« (BRILL 1996, S.100f.) Die Aufenthaltsdauer hätte von ein paar Tagen bis zu mehreren Monaten variieren können. Gegebenenfalls hätte es für jemanden hilfreich sein können, ambulant nachbetreut oder in die therapeutische Lebensgemeinschaft aufgenommen zu werden.

Die **therapeutische Lebensgemeinschaft** hätte sich am Kingsley Hall (vgl. I. 1. 1.) und der Soteria San Jose (vgl. I.) orientiert und sich vom Krisengästehaus unter anderem durch eine intensivere und auf längere Dauer angelegte Form des Zusammenlebens unterschieden.

Ein **Kurszentrum** mit Räumen für psychosoziale Veranstaltungen sollte über Kursgebühren die finanzielle Basis des Projektes mittragen und als eine sozial-kommunikative Begegnungsstätte fungieren, die den Kontakt mit außenstehenden Personen ermöglicht und als Veranstaltungsort für Lesungen, Konzerte etc. Verwendung finden kann.

Das therapeutische Konzept erfüllte formal die Kriterien einer Privatklinik. Die Initiatoren bemühten sich über Jahre mit großer lokaler Unterstützung um eine Aufnahme der ›Villa Therapeutica‹ in die für das allgemeine Krankenversicherungsgesetz notwendige Spitalliste für den Bereich Krisenpforte und Krisengästehaus. Nach mehreren vergeblichen Anläufen löste sich der Verein im Dezember 2000 auf. Das Projekt der ›Villa Therapeutica‹ wird nicht weiterverfolgt.¹

Projektleiter Th. Itten vertritt weiterhin die These, dass sich die Soteria-Projekte in der nachwissenschaftlichen Phase befinden, und eigentlich alles bereits wissenschaftlich dokumentiert ist. »Wichtig sind der Meinungsbildungsprozess, sowie das Herausstellen volkswirtschaftlicher Argumente in ihrer Vorteilhaftigkeit.« (Th. Itten in BRILL 1996, S.59)

1 Telefonische Auskunft von Th. Itten vom März 2001. Th. Itten wurde, ähnlich wie D. Goldblatt, bei der Londoner Philadelphia Association unter der Supervision von Laing psychotherapeutisch ausgebildet (vgl. II. 1.). Im wissenschaftlichen Beirat des Projektes fanden sich unter anderem M. Barnes (vgl. BARNES et BERKE 1972), F. Huxley, L. Mosher und L. Burti (vgl. MOSHER et BURTI 1992).

Anhang G.: Weglaufhaus »Villa Stöckle«, Berlin¹



Abb. 17 vom Deckblatt der KONZEPTION 1995

Nach jahrelangen Bemühungen konnte das Weglaufhaus im Januar 1996 seine Arbeit aufnehmen. Träger des Hauses ist der ›Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V.‹, der etwa zur Hälfte aus Menschen besteht, die selbst einmal psychiatrische Patientinnen oder Patienten waren. Das Weglaufhaus definiert sich selbst als ein **Selbsthilfeprojekt** in Form **einer offenen sozialen Einrichtung** und als eine **Gegeninstitution** zu allen Formen der Psychiatrie.

»Die Psychiatrie bietet viele Gründe, vor ihr wegzulaufen. Zwangseinweisung und -behandlung, Entmündigung, Verabreichung von Elektro- und Insulinschocks sowie Psychopharmaka, Einsperrung und Fixierung gehören zum Alltag in der Psychiatrie.

Viele Menschen wollen psychiatrischer Gewalt entfliehen.« (KONZEPTION 1995, S. 1)
Wichtigstes Ziel des Weglaufhauses ist es, Menschen darin zu unterstützen, einen me-

¹ Literaturquellen sind eine KONZEPTION für das Berliner Weglaufhaus (Stand März 1995), ein Artikel von I. HÖLLING (1996), sowie ein von der Sozialpädagogin PETERS (1996) verfasster Bericht, der ca. ein Jahr nach Eröffnung des Weglaufhauses entstand. Eine neuere und umfangreiche Publikation ist K. Kempker, Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus, Antipsychiatrie-Verlag 1998.

dikamentenfreien und selbstbestimmten Weg jenseits der traditionellen Psychiatrie zu gehen. Das Weglaufhaus sieht sich nicht als eine neuartige Therapiestätte, sondern als ein den Frauenhäusern vergleichbares Asyl, ein betreuter Lebensraum auf Zeit. Man vertritt weder eine neue Theorie über Psychosen, noch eine idealisierende Ideologie, die verrückte Lebensweisen als einen Ausdruck echten oder authentischen Lebens ansieht. Die folgenden Grundsätze beschreiben in prägnanter Form das Therapieverständnis im Weglaufhaus.

»1. Die Konzeption des Weglaufhauses ist antipsychiatrisch, insofern sie auf den Erfahrungen von Psychiatrisierten beruht und für die Unterstützung von Menschen entworfen ist, die nicht mit psychiatrischen Psychopharmaka behandelt werden wollen und psychiatrische Krankheitsbilder für sich ablehnen. (...)

2. Im Weglaufhaus werden keine Therapien im Sinne eines Verfahrens angeboten,

- das die wechselseitige Kommunikation einschränkt,
- das auf der Rollenverteilung und dem Machtgefälle zwischen TherapeutInnen und KlientInnen beruht,
- das zeitlich und räumlich genau festgelegt ist
- und das sich weit vom Alltag entfernt. (...)

3. Dennoch hat das Leben in einem anderen, nicht-professionellen Sinn auch einen therapeutischen Effekt schon deshalb, weil es für eine begrenzte Zeit einen Schutzraum bereitstellt, der die existenziellen Grundbedürfnisse vorübergehend absichert und den Erfahrungsaustausch mit Menschen, die Ähnliches erlebt haben, ermöglicht.²

4. Der Verzicht auf das psychiatrische Krankheitsschema und die Aufkündigung des allgemeinen Konsenses hat zur Folge, dass den BewohnerInnen des Weglaufhauses ein sehr viel höheres Maß an Eigenverantwortlichkeit zugebilligt und abgefordert wird, als dies in psychiatrischen Institutionen der Fall ist. Extreme psychische und soziale Situationen verlangen, dass sie ernst genommen und ehrlich beantwortet werden. Isolieren, Bevormunden, »Bemuttern«, Verwahren, Beurteilen und Diagnostizieren sind keine angemessenen Antworten: Das hat entscheidenden Einfluss auf die Konzeption, die zwischen die Menschen und ihre soziale und psychische Wirklichkeit keine künstlich inszenierte, von professionellen »HelferInnen« vorgedachte therapeutische Realität setzt. Deshalb tritt im Weglaufhaus an die Stelle irgendwelcher Beschäftigungs-, Arbeits- und Gruppen- oder Einzeltherapien die komplexe und vielerlei konkrete Anforderungen stellende Wirklichkeit des Gemeinschaftslebens in einem großen und von sehr unterschiedlichen Menschen intensiv genutzten Haus. Diese handfeste Wirklichkeit, in die alle BewohnerInnen in dem Augenblick, in dem sie das Haus betreten, automatisch gestellt sind, fordert von ihnen ohne »wohlmeinende« pädagogische oder therapeutische Bevormundung, so viel für sich und für andere zu tun, wie es die eigene Konstitution im Augenblick erlaubt.« (KONZEPTION 1995, S. 18 f.; zu 5. siehe weiter unten)

Die Konzeption orientiert sich weiterhin an den allgemeinen Menschenrechten, insbesondere dem Schutz der Menschenwürde, dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und der Unantastbarkeit der körperlichen Integrität (a. a. O. S. 23). Es

»(...) betreiben weder der Trägerverein noch die MitarbeiterInnen irgendeine Form antipsychiatrischer »Mission«: Die Wünsche und Überzeugungen der BewohnerInnen ver-

2 Vgl. WEHDE, U. (1991): Das Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Berlin

dienen uneingeschränkter Respekt – auch in den Fällen, in denen sie der antipsychiatrischen Ausrichtung der Weglaufhaus-Konzeption zuwiderlaufen sollten. Dem massiven psychiatrischen Drängen auf ›Krankheitseinsicht‹ bei den Betroffenen wird unter keinen Umständen ein bloß spiegelverkehrter Druck auf Herstellung einer ›Krankheitsuneinsichtigkeit‹ entgegengesetzt. Wenn daher BewohnerInnen zu der Ansicht gelangen, dass ihnen die Betreuungsangebote des Weglaufhauses nicht weiterhelfen und sie lieber wieder eine Variante psychiatrischer Behandlung in Anspruch nehmen möchten, werden die MitarbeiterInnen den Betroffenen helfen, einen Platz in einer psychiatrischen Einrichtung zu finden. Sie können bis zu diesem Zeitpunkt im Weglaufhaus bleiben« (KONZEPTION 1995, S. 24).

Das Weglaufhaus wird über den Paragraphen §72 BSHG (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten) mit einem Tagessatz von rund 200,- DM finanziert, und ist somit in das soziale, nicht das medizinische System eingebunden. Menschen, die im Weglaufhaus leben, müssen die formalen Kriterien der **Obdachlosigkeit** und der **Psychiatriebetroffenheit** erfüllen. Mit dem Aufenthalt im Weglaufhaus soll ein Teufelskreis aus Psychiatrisierung und Obdachlosigkeit durchbrochen werden.

»Der Anteil von Menschen, die im Zusammenhang mit einer Einweisung in die Psychiatrie obdachlos geworden sind, ist hoch. Die Summierung der materiellen, rechtlichen und psychosozialen Bedrängtheit und der Mangel an Anknüpfungsmöglichkeiten zur Selbsthilfe verhindert, dass die Betroffenen ihre Psychiatrie-Erfahrung verarbeiten und sich aus ihrer Lage mit eigener Kraft befreien können. (...) Die Betroffenen werden ›auffällig‹ und wieder in psychiatrische Einrichtungen eingeliefert, deren Maßnahmen sie ablehnen.« (KONZEPTION 1995, S. 7)³

Maximal 13 Menschen können in der geräumigen Villa im Norden Berlins wohnen. Viele kommen direkt aus einer Psychiatrie, in der sie schlechte Erfahrungen gemacht haben. Grundsätzlich steht das Weglaufhaus allen obdachlosen Menschen offen, die aufgrund ihrer medizinischen, psychischen, juristischen und sozialen Probleme Unterstützung suchen und benötigen. Es werden bevorzugt Menschen aufgenommen, die ein gewisses Maß an **Eigeninitiative** und **Selbstverantwortung** zeigen, und ihre **Medikamente absetzen** möchten. Im Vorfeld des Aufenthaltes wird versucht zu klären, wie die Betroffenen die Zeit nutzen wollen und ob die Angebote und Möglichkeiten des Weglaufhauses den Problemen und Bedürfnissen des oder der Betroffenen gerecht werden können.

»Uns sind dabei nicht so sehr großartige Ziele wichtig, sondern konkrete Vorstellungen der Betroffenen was sie wollen, und was sie nicht wollen, und auf dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen ist uns auch wichtig zu erfahren, wie wir mit Lebenskrisen oder verrückten Zuständen umgehen sollen, wenn diese hier im Haus auftreten. (...) Was mittlerweile ein sehr wichtiger Punkt für uns ist, ist zu thematisieren, ›was hat dich in die Psychiatrie gebracht, was denkst du ist es, was deine Krisen ausmacht (...)‹.« (PETERS 1996, S. 3 ff.)

Jede Bewohnerin und jeder Bewohner kann sich aus den Mitarbeiterinnen und Mitarbei-

3 Vgl. MOSHER et BURTI (1992, S. 220): »Trotz allem, was man uns erzählt: psychische Erkrankungen verursachen keine Obdachlosigkeit. Dass viele Obdachlose ›psychisch krank‹ sind, ist überhaupt nicht erstaunlich. Es gibt wahrscheinlich keine demoralisierende Erfahrung als die doppelte Belastung durch Arbeits- und Wohnungslosigkeit.«

tern jemanden als besondere Kontaktperson aussuchen, die oder der besonderes Vertrauen genießt. Der Aufenthalt beginnt mit einer zweiwöchigen Probezeit, ist auf sechs Monate beschränkt und für Menschen mit einer Suchtproblematik ausgeschlossen. Der Lebensunterhalt (Lebensmittel, Kleidung, etc.) muss von den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst aufgebracht werden. Das Weglaufhaus bietet keine Vollversorgung wie ein Krankenhaus. Die Einhaltung bestimmter Regeln (keine Gewalt, gegenseitige Rücksichtnahme, keine Drogen oder Alkohol im Haus) wird ebenso erwartet wie die Bereitschaft, sich am gemeinsamen Leben im Haus zu beteiligen. Aufgrund der knappen zeitlichen Kapazitäten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (s. u.) kann nicht jede Krise aufgefangen werden (vgl. PETERS 1996, S. 5). Für den Fall eines Klinikaufenthaltes können Betroffene im Voraus ein »Psychiatrisches Testament« mit Wünschen zur Behandlung verfassen. Unter den 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern finden sich ehemalige Psychiatrie-Patientinnen und -Patienten sowie Nicht-Betroffene mit sehr unterschiedlichen Lebens- und Berufserfahrungen. Es gibt sieben Stellen mit 30 und sieben mit 20 Wochenstunden. Zwei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Rahmen eines flexiblen Schichtenmodells ständig über Tag und Nacht anwesend. Bei Bewerbungen zählen zwischenmenschliche Fähigkeiten wie »Ehrlichkeit, Offenheit, Direktheit, Auseinandersetzungsbereitschaft, Konfliktfähigkeit und ein klares Bewusstsein für die eigenen Grenzen.« (HÖLLING 1996, S. 22). Besonders qualifiziert sind Menschen, die »die tief sitzende Trennung in »Gesunde« und »psychisch Kranke« reflektiert und überwunden haben« (KONZEPTION 1995, S. 17), und die

»(...) eigene Erfahrungen mit Verrücktheit, Psychiatrisierung oder anderen schwierigen Lebenssituationen gemacht und diese bewältigt haben. Diese Erfahrungen lassen Haltungen entstehen wie Einfühlungsvermögen, Verständnis, Wärme und größere Toleranz gegenüber extremen Handlungs- und Wahrnehmungsweisen. Insbesondere Psychiatrie-Betroffene besitzen aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen eine potenzielle Qualifikation, die keine professionelle Ausbildung vermitteln kann« (KONZEPTION 1995, S. 16).

Man versucht, Menschen im »**Hier und Jetzt**« wahrzunehmen, mit ihren jeweils unterschiedlichen Lebensgeschichten, traumatischen Erfahrungen, eigenem Erleben der Welt und ihrer eigenen Sprache (vgl. PETERS 1996, S. 6). In Krisensituationen arbeitet man mit dem aus der Soteria Kalifornien bekannten Prinzip der Begleitung (s. I. 5.).

»Wir haben erfahren, dass die Betroffenen selbst ganz gut wissen, was ihnen in Krisen guttut, bzw. dass es möglich ist, dies herauszufinden, wenn die Zeit und der Raum dazu zur Verfügung steht. Wir versuchen Zeit und Raum für das Durchleben von Krisen anzubieten, durch unsere ständige Anwesenheit im Haus ist uns dies möglich.« (PETERS 1996, S. 7)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten Unterstützung bei Aufgaben des Alltags im Haus, bei der Suche nach Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Anwältinnen und Anwälten, bei der Wohnungssuche, beim Entwickeln von Berufs- und Arbeitsperspektiven und beim Aufheben von Betreuungsverhältnissen. Erheblichen zeitlichen Tribut erfordert der bürokratische Aufwand für die Kostenübernahmen durch 23 verschiedene Bezirksamter.

»Es ist nicht leicht, im Weglaufhaus zu leben oder zu arbeiten. Der Alltag ist anstrengend – mehr als das Zusammenleben in einer gewöhnlichen großen WG. Zu all den üblichen WG-Konflikten um Essen, Kochen, Putzen und Einkaufen kommen die Be-

lastungen des Zusammenlebens auf engstem Raum mit anderen sensiblen Menschen hinzu, die oft eine sehr dünne Haut haben und auch die Probleme ihrer Mitmenschen sehr deutlich wahrnehmen. Nicht selten kommt es zu Projektionen eigener Verfolgungsängste auf konkrete andere BewohnerInnen im Haus – da ist dann zum Beispiel eine die rechte Polizistin, wegen derer sich ein Bewohner im Haus nicht mehr sicher fühlt, obwohl sie nie etwas mit der Polizei zu tun hatte. Es erfordert oft einige Gespräche oder heftige Auseinandersetzungen, um zu klären, dass jede/r die gemeinsame Realität anders wahrnimmt, dass die eigenen Gefühle und Wahrnehmungen zwar berechtigt sind und ernst genommen werden, aber dennoch nicht mit anderen übereinstimmen müssen. Es gibt immer mehrere Perspektiven auf die Wirklichkeit – auch die Wahrnehmungen und Vorstellungen der MitarbeiterInnen werden bisweilen auf eine harte Probe gestellt.« (HÖLLING 1996, S. 22)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bemühen sich um die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre. Man sieht eine Hierarchisierung von Kommunikations- und Informationswegen als potenzielle Gefahr jeder Institution und setzt ihr eine größtmögliche Transparenz entgegen.

»5. Der reale Unterschied zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen wird nicht geleugnet, und es wird keine illusorische Gemeinschaft von völlig Gleichen propagiert. Gerade deshalb werden die institutionellen Kommunikationsprozesse in möglichst großer Offenheit geführt: Weder gibt es Akten über die BewohnerInnen noch Aufzeichnungen, die ihnen nicht zugänglich wären. Es gibt keine Besprechungen oder Treffen der MitarbeiterInnen, die unter Ausschluss der BewohnerInnen stattfinden. Ebenso werden die MitarbeiterInnen nicht supervidiert. An dem wöchentlich stattfindenden MitarbeiterInnen-Nachmittag können die BewohnerInnen anwesend sein, auch wenn es bei diesem speziellen Treffen um die Belange der MitarbeiterInnen geht, so wie umgekehrt der Alltag des Hauses und die Haus- und Vollversammlungen von den Anliegen der BewohnerInnen bestimmt werden.« (KONZEPTION 1995, S. 19)

Prinzipiell gilt in allen Versammlungen das Mehrheitsrecht. Bewohnerinnen und Bewohner müssen das Haus gegebenenfalls unter Mithilfe verlassen, wenn sie in erheblichem Umfang gegen die Hausordnung verstoßen, Psychopharmaka neu einnehmen wollen oder das Ziel endgültig aufgeben, diese bei ihrem Aufenthalt abzusetzen. Das spezielle Angebot des Weglaufhauses soll denjenigen zugute kommen,

»(...) auf deren Bedürfnisse es zugeschnitten ist: obdachlosen Psychiatrie-Betroffenen, die eine Alternative zur Psychiatrie suchen. Die wenigen Plätze im Weglaufhaus müssen dieser dreifach benachteiligten Klientel vorbehalten bleiben« (KONZEPTION 1995, S. 24).

Man sieht einen Bedarf an einer Kriseneinrichtung im Stile der Soteria Kalifornien und an Beratungsstellen, die Auskünfte über das »Psychiatrische Testament« oder das PsychKG⁴ geben könnten.

»Dringendst angezeigt sind selbst verwaltete Wohnprojekte, da alleine wohnen auch nach dem Weglaufhaus für viele ehemalige BewohnerInnen nicht möglich ist, und die üblichen therapeutischen WGs meist bedeuten, zurück in das gemeindepsychiatrische System zu gehen, aus dem Mann/Frau geflüchtet ist.« (PETERS 1996, S. 11)

4 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.

Anhang H.: Haus Auenland, Oberriexingen¹

Das Haus Auenland war ein 1994 auf privater Basis gegründetes **Wohn- und Selbsthilfe-projekt**, welches sich zum Ziel gesetzt hatte, eine Alternative zur herkömmlichen Psychiatrie darzustellen, und »mitunter offene Kritik am derzeitigen Psychiatriesystem zu üben.« Unterstützt wurde es in diesen Vorhaben vom Verein »Hilfe zur Selbsthilfe e. V.«, Oberriexingen. Das Haus bestand aus acht Einzelzimmern, mehreren Gemeinschaftsräumen und einem Garten. Aufgenommen wurden allein stehende Personen zwischen ihrem 20. und 40. Lebensjahr, die psychische Schwierigkeiten hatten, sodass eine Teilnahme am normalen Leben in der Gemeinschaft erheblich beeinträchtigt war. Hilfe suchende Menschen waren häufig an einer Schizophrenie erkrankt oder hatten »Doppeldiagnosen«. In der Hausgemeinschaft sollten das **Allgemeinbefinden** sowie die Bereitschaft und Fähigkeit gefördert werden, mit Schwierigkeiten in **konstruktiver** Weise umzugehen. Folgenden Aspekten wurde besondere Beachtung geschenkt:

- »▪ Begleitung bei Suchtproblemen
 - Einbindung in die Hausgemeinschaft und dem sozialen Umfeld mit Kindern und Nachbarn
 - Stabilisierung und Festigung der Personen
 - Gegenseitiges Mittragen bei psychischen Problemen
 - Unterstützung der finanziellen Angelegenheiten
 - Die individuellen Ziele werden in der Hausgemeinschaft erarbeitet und mit Hilfsplan erstellt
 - Sicherung des Lebensunterhalts, z. B. Rente, Sozialhilfe, Pflegegeld.«

An Wegen zur Erreichung dieser Ziele wurden genannt: Beratung und Betreuung von Problemen durch Einzel- und Gruppengespräche, Beratungsgespräche mit Angehörigen, Vermittlung im Umgang mit im Haus lebenden Kindern, Hilfen bei der Regelung finanzieller Schwierigkeiten, bei der Haushaltsführung in der Gemeinschaft, bei der Bewältigung des Alltags und bei der Freizeitgestaltung. Weiterhin konnten Kontakte zu »externen Mitarbeitern« (Ärzte, Homöopathen, Sozialarbeiter, Rechtsanwälte, Seelsorger und der Sozialpsychiatrische Dienst Stuttgart) vermittelt werden. Als »Interne Hausmitarbeiter« wurden Menschen akzeptiert, die ungeachtet ihrer formellen Qualifikation über Konfliktfähigkeit und Lebenserfahrung verfügten, extreme Lebenssituationen erfolgreich überstanden hatten, oder eigene Erfahrungen mit Verrücktheit und Psychiatisierung gemacht hatten. Der Verein »Hilfe zur Selbsthilfe e. V.« bot Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch, eine Zusammenarbeit mit dem Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Beihilfen zur Gründung alternativer Selbsthilfeprojekte und einen für Interessierte offenen, monatlich stattfindenden Gesprächskreis. Das Haus wurde Anfang 1999 unter anderem aufgrund finanzieller Schwierigkeiten geschlossen.

1 Literaturquellen sind ein vierseitiges Konzept, die Satzung und eine Kurzbeschreibung des Vereins »Hilfe zur Selbsthilfe e. V.«, Oberriexingen.

Anhang I.: Lung Fa Tang Temple, Kaohsiung County, Taiwan¹

Lungfa Hall ist ein **buddhistisches Kloster**, das von einem Abt und 32 Mönchen geleitet wird. Dort wird eine einmalige ›psycho-behavioral method of treatment and supervision‹ praktiziert, die Buddhismus, Liebe und eine durch Betroffene selbst ausgeführte Anleitung verbindet. Therapeutische **Ziele** sind eine Stärkung des Selbstbewusstseins sowie eine Verbesserung abnormalen Verhaltens und solcher Fähigkeiten, die eine Anpassung an die Gesellschaft erlauben. Hospitalisierung und Medikamente, die im Lungfa Hall nicht eingesetzt werden, würden eine komplette und langfristige Genesung erschweren.

Von 1970 bis 1994 wurden insgesamt **2410 Personen** kostenlos aufgenommen, die zuvor erfolglos in einem Hospital (96 %) oder ambulant (4 %) behandelt worden waren. Rund 95 % kamen mit der Diagnose ›Schizophrenie‹, 3 % fielen unter ›emotionale Verwirrtheit‹ und 2 % unter ›andere psychologische Probleme‹. Die Altersspanne lag zwischen 13 und 78 Jahren, der Durchschnitt bei 32 Jahren. Patientinnen und Patienten setzten sich zur Hälfte aus Studentinnen und Studenten sowie aus ehemaligen und aktuellen Angehörigen des Militärs (19,7 %), Arbeitslosen (20,2 %) und anderen Berufsgruppen zusammen. 20,7 % aller Personen lebten über 20 Jahre im Lung Fa Tang Temple und besserten sich während dieser Zeit allmählich, 59,4 % zwischen 10 und 19 Jahren, 17,3 % zwischen drei und neun Jahren, und 2,7 % weniger als drei Jahre. Zum Aufnahmezeitpunkt zeigten 1872 Personen (77,7 %) positive bzw. aktive Symptome: Unzusammenhängendes und abschweifendes Reden, Halluzinationen, unkontrollierbares Lachen oder Weinen, sprunghaftes oder gewalttätiges Verhalten gegenüber Menschen oder Objekten. 538 Personen (22,3 %) zeigten negative bzw. passive Symptome wie Mutlosigkeit, Zurückgezogenheit oder Appetitlosigkeit. 730 Personen waren suizidal oder hatten einen Suizidversuch verübt. Viele waren zuvor von ihrer Familie in dunklen Räumen weggeschlossen gewesen und hatten menschenunwürdige Umstände ertragen müssen.

Patientinnen und Patienten werden nicht als kranke Menschen, sondern als Schüler bzw. Studierende behandelt, denen dabei geholfen werden soll, **Selbstachtung** zu entwickeln. Ältere Patientinnen und Patienten sind Teil des »supervisory framework«, indem sie die Jüngeren führen und begleiten. Kommt eine neue Person ins Kloster, wird sie durch ein langes, dünnes Metallband, dem sog. »**chain of sentiment**«, an der Taille mit jemandem verbunden, dessen Zustand sehr stabil ist und dem die Aufgabe übertragen wurde, die neue Person zu führen und anzuleiten. Dies würde zum einen die neue Person davon abhalten, in ihrem instabilen Zustand frei herumzulaufen. Zum anderen würde ein unmittelbarer Begleiter da sein, dem man vertrauen und auf den man sich verlassen könne. Betroffene sollen so kooperative und freundliche Beziehungen entwickeln. Wenn sich der Zustand der neuen Patientin oder des neuen Patienten stabilisiert hat, wird das Band durchtrennt und die betreffende Person kann sich dann wieder frei bewegen. So gewonnene Erfah-

1 Literaturquelle ist ein sechsseitiges Referat, welches vom Abt Kun Tai Li auf dem 14. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg gehalten wurde.

rungen seien wertvoll, um einen **fortlaufenden Zyklus** des Helfens, der Anleitung und der Freundschaft aufrechtzuerhalten. Auch im Umgang mit schwierigen Situationen ist man nicht zögerlich. Es gibt mit Musik ausgefüllte Schutzräume, in denen jemand isoliert wird, der sich agitiert oder impulsiv verhält. Wenn in diesen Schutzräumen geschrien wird, wird die Musik so laut aufgedreht, dass deren Lautstärke die Schreie übertrifft. Der betroffene Mensch würde so erfahren, dass kontinuierliches Schreien bedeutungslos sei und er würde dann von selbst allmählich ruhiger. Wenn jemand mit einem Messer droht, wird diese Person gebändigt und anschließend in die Küche geschickt, um so lange Gemüse zu schneiden, bis die Hände nicht mehr können. Man würde so das Interesse daran verlieren, das Messer wieder in die Hand zu nehmen. Suizidgefährdete Menschen erhalten eine individuelle psychologische Führung und werden gelegentlich vom Abt zum Essen eingeladen, der ihnen Ideen oder Rätsel mitgibt, um ihre Lebensfreude zu vergrößern und ihre pessimistische Stimmung zu überwinden. Einige seien zu dem Punkt gelangt, dass sie erklärt hätten, weiterleben zu wollen, um dem Abt etwas für seine von Herzen kommende Sorge und lebensrettende Wohltätigkeit zurückzugeben.

Zweimal am Tag wird in Unterrichtsstunden für 40 Minuten die **buddhistische Lehre** gelesen und interpretiert. Das Ziel ist eine Unterweisung in Nachsicht, Liebe, Güte und Geduld. Patientinnen und Patienten wird dabei geholfen, einen ehrlichen und gesunden Geist zu entwickeln, eine ruhige Entschlossenheit zu erlernen und alle böartigen Gedanken zu verwerfen. Sie sollen auch darauf achten, ihr **Verhalten** zu kontrollieren, z.B. Tischregeln befolgen und andere nicht benachteiligen. Je nach Vorlieben und Fähigkeiten kann man sich am international berühmten ›Lungfa Hall Orchestra‹, an Garten-, Koch-, und Nährarbeiten oder an der Viehwirtschaft beteiligen. Auch das Neuerlernen handwerklicher Fertigkeiten wird gefördert. Diejenigen, die gut vorankommen, werden z.B. mit einer Reise ins Ausland belohnt. Diese **Tätigkeiten** würden zur täglichen Zufriedenheit beitragen und seien sehr wichtig, um **Gefühle von Minderwertigkeit zu überwinden und das Interesse und die Freude am Leben zu erhöhen**. Gleichzeitig würden soziale Fähigkeiten und Freizeitaktivitäten mitberücksichtigt, um die Konzentration der Patientinnen und Patienten auf ihre Erkrankung zu durchbrechen und Widerstände gegen die Behandlung abzubauen. Alte, isolierende Verhaltensweisen sollen verändert werden hin zu einem Vermögen, Freundschaften schließen und sich in der Gesellschaft bewegen zu können. Dies alles würde zu einem ordentlichen, selbst-disziplinierten Gruppenleben und einem Lebensgefühl führen, das Sicherheit, Glückseligkeit und Befriedigung beinhaltet.

Eine ›klar effektive‹ Therapie wird definiert als eine grundsätzliche Beseitigung der Symptome und eine Kompetenz der Betroffenen, alle Lebensaktivitäten inklusive einer Arbeit auszuüben. Eine ›effektive‹ Therapie meint eine Verbesserung der Symptome und eine Fähigkeit der Betroffenen, sich an die Gesellschaft anzupassen. Demnach war das Lungfa Hall-Programm bei 2036 Betroffenen (84,5 %) ›klar effektiv‹ und bei 294 Betroffenen (12,2 %) ›effektiv‹. Insgesamt bedeutet dies eine **Erfolgsquote von 96,7 %**.

Symptome hätten sich meist innerhalb von ein bis fünf Wochen, im Durchschnitt nach zwei Wochen gebessert, wobei sich positive Symptome in der Regel schneller verbessert hätten als negative. Die kürzeste Zeit, um jemanden zu stabilisieren, lag bei drei bis vier Monaten, die längste Zeit bei über zehn Jahren. Nach gelungener Stabilisierung bleiben viele im Kloster, um zu arbeiten und sich nicht den Vorurteilen der Gesellschaft auszusetzen. Diejenigen, die bleiben, erhalten den Status »monastery staff workers«.

Anhang J.: Das Biotop Mosbach¹

Das Biotop Mosbach ist ein größtenteils auf **Selbsthilfe** basierendes Projekt. Initiiert und therapeutisch begleitet von der **Ärztin und Psychoanalytikerin L. Sachse**, bietet ein zwölfköpfiges, ehrenamtliches **Krisenteam** aus von Psychosen selbst betroffenen Menschen eine individuelle Krisenbegleitung. In einem in der Stadtmitte von Mosbach gelegenen Haus stehen neben Gemeinschaftsräumen einzelne Krisenzimmer zur Verfügung.

»Wer diese Zuflucht nutzen will, muss das mit dem Krisen-Team vorbereiten, muss seine Wünsche, Marotten und Medikamente für Notfallsituationen auf einer Karteikarte notieren lassen. Dort sind auch die Lieblingsspeisen der zur Zeit 50 potenziellen Krisenpatienten vermerkt, bei fast allen einfache Kindergerichte: Nudeln, Schokolade und Quark sind immer im Haus.«

Rund einhundertzwanzigmal ist es laut Aussage von L. Sachse dem Krisenteam bislang gelungen eine Aufnahme in die Psychiatrie abzuwenden.

»Hanna hatte diesen Zustand schon mehrmals erlebt. Verwirrung und Angst bereiteten sich in ihr aus. Plötzlich schien sie von Feinden umstellt. Die einfachsten Dinge, Einkaufen, Essen, Trinken, wurden zur unlösbaren Aufgabe. Allein in ihrer Wohnung verfiel sie in Schreckensstarre, unfähig irgendetwas zu tun. Einige Male war Hanna in diesem Zustand ins psychiatrische Landeskrankenhaus verbracht worden. Dort blieb sie monatelang, wurde behandelt mit hoch dosierten Medikamenten, die ihre Angst dämpften, aber auch alle anderen Gefühle. Der Weg zurück war jedes Mal mühsam und lang. Diesmal war vieles anders. Als Hanna begann, den Boden unter den Füßen zu verlieren, waren vertraute Menschen da, die sie mitnahmen, in ein Haus, das sie gut kannte. Sie bekam ein Medikament, stand eine schlaflose, aber ruhige Nacht durch, verbrachte die Tage mit Grübeln, Malen, Singen. Immer waren Menschen da, immer aber konnte sie auch allein sein.

Manchmal fürchtete sie, sich vollständig zu verlieren. Dann dachte sie wieder: »Ich darf hier verrückt sein. Ich bin ein Notfall.« Allmählich kam sie zur Ruhe. Nach ein paar Tagen konnte sie nach Hause fahren, wenig später ging sie wieder zur Arbeit.«

Betroffene haben auch die Möglichkeit, an einer von L. Sachse geleiteten, psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie teilzunehmen.

»Lilla Sachse raucht massenhaft Zigarillos, diskutiert engagiert mit, spart nicht mit Kritik und Ironie. Sie verkörpert das Gegenteil vom Klischee des kühl-distanzierten Psychoanalytikers, der nur bedächtig sein Haupt wiegt. Und doch hat ihre Arbeit eine sorgfältig ausformulierte, in der Freud'schen Psychoanalyse fundierte Grundlage.«

Die Kosten für das Haus werden aus der psychiatrischen Praxis und den geringen Mitteln eines Patientenvereins getragen. Einnahmen stammen unter anderem aus dem Verkauf selbst genähter Stoffmäuse, dem Markenzeichen und Talisman des Biotops.

1 Einzige hier benutzte Literaturquelle ist ein Artikel von I. Stratenwerth: »Hier darf ich verrückt sein«, in: DIE WOCHE, 3.7.1998, S. 28. Weiterführende Literatur: SACHSE, L. (1998): Heilsame Erfahrungen. Neumünster

Anhang K.: Die Soteria Zwiefalten e.V. ¹



Abb. 18 aus dem Bestand von U. Annussek

Seit Eröffnung der Soteria Zwiefalten am 1.1.1999 ist sie bis heute, Dezember 2002, die **einzigste Soteria in Deutschland**. Sie ist eine von drei Aufnahmestationen der Münsterklinik Zwiefalten, welche 1812 als erste ›Königlich Württembergische Irrenanstalt‹ gegründet wurde. Am 1.1.1996 wurde dieses ehemalige Psychiatrische Landeskrankenhaus in eine Anstalt des Öffentlichen Rechts umgewandelt und damit eine Forderung des ›Landesarbeitskreis Psychiatrie‹ auf dem Weg zu einer flexibleren Institution verwirklicht. 19 Stationen bieten ein differenziertes Angebot für ein Versorgungsgebiet von rund einer Million Einwohnern. Mit Unterstützung engagierter Verantwortlicher, z.B. vom Ärztlichen Direktor Herrn Dr. Kayser und vom Geschäftsführer Herrn Rieger, und vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde das Projekt begonnen und eine geräumige Villa aus der Jahrhundertwende, welche einige hundert Meter vom Hauptgebäude entfernt liegt, für ein Soteria-Projekt umgestaltet. Formell lautet die Bezeichnung: ›Station 3010‹, inhaltlich wird konsequent der Soteria-Ansatz verfolgt.

Die Station verwaltet ein **eigenes Budget** und kann damit für die meist **acht bis neun Bewohnerinnen und Bewohner** z.B. gezielte Krankengymnastikangebote der Hauptklinik

¹ Umfangreiches Informationsmaterial hat mir in dankenswerter Weise Dr. Ulrich Annussek, Psychologischer Psychotherapeut und leitender Mitarbeiter der Soteria Zwiefalten zugeschickt, vgl.: ANNUSSEK, U. (2000): Und sie wirkt doch. Soteria als Alternative zur herkömmlichen Akut-Aufnahmestation. Erfahrungen mit einem Modell in der Münsterklinik Zwiefalten, in: ›Kerbe‹ 4/2000, S.19–21

bezahlen, wenn es für jemanden z.B. mit Körperempfindungsstörungen sinnvoll erscheint. Kriterien, die gegen eine Aufnahme sprechen, sind: Chronifizierung, ein zu großes Maß an Fremdaggression und eine primäre Suchtstruktur. Keine Ausschlusskriterien sind akute Suizidalität und der Wohnort. **Neun Vollzeitkräfte** arbeiten als ›Allrounder‹. Zwei von ihnen, der Psychologe Herr Annussek und der Krankenpfleger Herr Ebe, sind derzeit die sog. ›duale Leitung‹ und beraten die anderen Teammitglieder aus ihrem jeweiligen Kompetenzbereich heraus. Die ärztliche Versorgung entspricht formal einer 0,1 Chefarzt-Stelle und praktisch einer einmal wöchentlich stattfindenden Beratung. Alle Berufsgruppen arbeiten in zwei Schichten (6.30 h bis 17.30 h mit einer Stunde Pause bzw. 17.00 h bis 7.00 h mit 6,18 h Bereitschaftszeit), die jeweils mit zwei Personen besetzt sind. Team-sitzungen finden wöchentlich, Supervisionen vierwöchentlich statt. Es wird ein **möglichst ›normaler‹ und entspannter Umgang** miteinander angestrebt, z.B. durch Verwendung des ›Du‹ anstelle des ›Sie‹.

»Wir kochen zusammen, haben aber keine ›Kochtherapie‹. Es gibt keine Gesprächsgruppen – und doch wird wahrscheinlich kaum irgendwo im stationären Umfeld so viel miteinander gesprochen wie in der Soteria. Alle Aktivitäten erwachsen aus dem Alltag und werden gemeinsam gestaltet (...). Auf einer ebenso einfachen wie wichtigen Ebene spüren sie, dass wir es gut mit ihnen meinen (und haben entsprechend häufig Probleme, zu glauben, dass sie in der Psychiatrie sind ...).« (ANNUSSEK 2000, S. 20)

Menschen in akuten Psychosen werden oftmals im sog. ›weichen Zimmer‹ begleitet:

»Das weiche Zimmer dient vor allem zur Abschirmung von verwirrenden Umwelteinflüssen. Jedoch ist das Zimmer nie verschlossen und der Betreuer ist immer präsent. Es kam schon vor, dass ein Bewohner um Mitternacht unbedingt ins Städtchen wollte, um in der Kirche jemanden zu suchen. Kein Problem für Soteria, der Betreuer ging mit. Als wir in die Küche beim Kartoffelschälen ins Gespräch gekommen sind, kann ich erleben, wie das so ist, wenn sich eine neue Bewohnerin nach ihrer ersten Nacht im weichen Zimmer mit großer Offenheit über ihre Probleme äußert, die sie in die Krise brachten. Es ist wohlthuend, wie der Betreuer intensiv Anteil nimmt, nachfragt, Feedbacks gibt, mitdenkt und versucht, sich in diese Frau hineinzuzusetzen, mit viel Ruhe, Gelassenheit und Zeit. Und dabei ist zu spüren, wie diese Frau merklich ruhiger wird und ein zufriedenes Ankommen in der Soteria erlebt.« (Brigitte KUSCHEL nach einem Besuch in der Soteria Zwiefalten. In: LIPE-Rundbrief, Mitteilungsblatt der Ludwigsburger Initiative Psychiatrie-Erfahrener e. V., Nr. 8, März 2002).

Die **Begleitung** des psychotischen Erlebens ist für U. Annussek häufig sinnvoller als die rasche Unterdrückung durch Medikamente, weil dadurch eine wichtige Basis und Bereitschaft für die weitere therapeutische Arbeit geschaffen und ein hohes Maß an Einsicht in die psychotische Störung erreicht wird, und weil psychotische Inhalte das Verständnis der Ursachen erleichtern.

»Im Januar/Februar 2001 hatte ich meine sechste Psychose. Ich hatte so viel Angst vor meiner Frau, dass ich nach Frankreich abgehauen bin. Dort ist dann meine Manie, ohne weiter Medikamente zu nehmen, so richtig aufgeblüht. Ich wurde von der Polizei festgenommen und in Bron auf eine geschlossene Abteilung eingewiesen. (...) Meine Frau und ich hatten vor ca. zwei Jahren von der Eröffnung der ersten ›Soteria‹ in Deutschland, Zwiefalten gelesen. Damals hatte ich spontan gesagt, wenn nochmal stationäre Behandlung, dann in der ›Soteria‹. So kam es, dass meine Frau schon während ich noch

in Frankreich war, Kontakt mit der ›Soteria‹ aufnahm und sich um einen Platz bemüht hat. Leider waren alle Plätze (acht bis zehn) belegt. Da aber klar war, dass ich dorthin möchte, wurde ich von Frankreich aus, nach nur neun Tagen, nach Zwiefalten entlassen. (...) Nach zehn Tagen auf der Akutstation 12 hat es dann mit der Aufnahme in der ›Soteria‹ geklappt. (...) Ich habe viele intensive Gespräche erlebt, und zum ersten Mal nach 13 Jahren Vorgeschichte hat sich jemand für die Entstehung meiner Psychose interessiert. Vieles aus meiner Kindheit und meinem Lebensweg kam zur Sprache und ich glaube, dass ich dabei bin, meine Psychose zu verstehen. Mein Aufenthalt dauerte ca. zehn Wochen. Da mit Medikamenten in der ›Soteria‹ vorsichtiger umgegangen wird, die Gesprächstherapie Zeit braucht und jeder den Zeitpunkt seiner Entlassung selber vorschlägt, dauert die Behandlung im Schnitt länger als auf ›normalen‹ Stationen. Es wird sehr viel Wert auf eine stabile Verfassung bei der Entlassung gelegt (...). Fazit: Für jeden Psychotiker eine echte Chance, seine Psychose mit neuen Augen zu sehen und einen Neubeginn zu wagen. Ob ich in Zukunft neue Krisen vermeiden kann, weiß ich noch nicht, das mögliche Rüstzeug habe ich bekommen und ein echter Anfang, an dem ich weiterarbeiten kann, ist gemacht.« (Brief eines ehemaligen Bewohners der Soteria Zwiefalten)

Über die Einnahme von Medikamenten wird individuell entschieden, ca. 70–90 % aller Betroffenen nehmen **niedrig dosierte** Neuroleptika. Die Aufenthaltsdauer liegt im Durchschnitt bei ca. zwei Monaten. Häufig werden Psychotherapieplätze für die ambulante Weiterbehandlung vermittelt. Alle sechs Wochen findet in Zwiefalten ein Psychoseseminar statt, einmal im Jahr gibt es ein sog. Ehemaligenfest. Der Tagessatz liegt rund 1/5 über dem der anderen Aufnahmestationen, da mehr Mitarbeiter notwendig sind. Man ist jedoch davon überzeugt, dass man letztlich **Kosten spart**, weil Betroffene besser im Alltag integriert und Wiederaufnahmen seltener und kürzer sind. In der zunehmenden Ökonomisierung der Krankenhäuser liege auch eine Chance, »denn schließlich bietet die Soteria für viele Patienten das eindeutig bessere Produkt, was von vielen zufriedenen ›Kunden‹ immer wieder bestätigt wird« (ANNUSSEK 2000, S. 22).

Zwischen 1998 und 2001 wurden rund 100 Personen aufgenommen, ca. 2/3 von ihnen hatten Diagnosen aus dem schizophränen Formenkreis. Das Durchschnittsalter lag bei rund 27 Jahren.

Es gebe unter den Betroffenen eine **große Akzeptanz** der Behandlung, die **Übernahme von Eigenverantwortung** würde gefördert, es fände keine Psychiatrie-Traumatisierung statt und oft bestünden Kontakte über das Behandlungsende hinaus fort. »Die Gründe liegen nicht darin, dass wir so ›tolle Mitarbeiter‹ sind, sondern im Konzept einer wohnlichen Umgebung und eines adäquaten Ernstnehmens des Erlebens.« (ANNUSSEK 2000, S. 21). Bislang wollte niemand aus dem therapeutischen Team die Station wechseln. Die Arbeit wird u.a. als anstrengend, aber lohnend beschrieben. Eine aufwändige katamnestische Studie (2000–ca. 2005) mit qualitativen Methoden zur Erfassung von Sichtweisen der Betroffenen ist in ihrer ersten Phase (Kontakt: Dipl.-Päd. Jürgen Leuther, E-Mail: Juergen.Leuther@epost.de).

Anhang L.: Adressen

- **Biotop Mosbach e. V.**, Alter Schulplatz 11, 74821 Mosbach
- **Burch House**, 249 Main Street, Bethlehem, N.H. 03574, USA, Tel.: 001-603-444-6938, Fax: 001-603-444-6804, Internet: www.burchhouse.org, E-Mail: Info@Burchhouse.org
- **Lung Fa Tang Temple**, No. 465 Hwan Chyou Road, Lu Chu Hsiang Kaohsiung Hsien, Taiwan, R.O.C., Tel.: 00886-7-6966543, Fax: 00886-7-6961119
- **Therapeutische Wohngemeinschaft SOTERIA**, Bühlstr. 19a, CH-3012 Bern, Tel.: 0041-31- 3050660
- **Soteria Frankfurt an der Oder**, c/o Dr. Niemeyer, Klinikum Frankfurt (Oder), Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik. Heilbronner Str. 1, 15230 Frankfurt (Oder). Tel.: 0335 - 5484719, Fax: 0335-5484719
- **Soteria-House San Jose**, c/o Loren Mosher, Soteria Associates, 2616 Angell Avenue, San Diego, Ca. 92122, USA, www.moshersoteria.com
- **Soteria in der Klinik**, Hermann Simon Haus 2, Westfälische Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Hermann-Simon- Str. 7, 33334 Gütersloh, Tel.: 05241/50201
- **Soteria Nacka »Crisiscenter«-Stockholm**, Gamla Landsvägen 28, 131 47 Nacka, Schweden, Tel.: 0046-8-6019328, Fax: 0046-8-7185481
- **Soteria Zwiefalten e. V.**, Brunnensteige 4, 88529 Zwiefalten, Tel.: 07373-103295, Fax: 07373-103532, Ansprechpartner: Dipl.-Psych. U. Annusek, Dr. Hans Renz, Homepage: <http://mitglied.tripod.de/soteria>, E-Mail: Ulrich.Annusek@zfp-Zwiefalten.de
- **Villa Therapeutica**, c/o Theodor Itten, Goliathgasse 37, CH-9000 St. Gallen, Tel.: 0041-71-2442333
- **Weglaufhaus »Villa Stöckle«**, Verein zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt e. V., Postfach 280 427, 13444 Berlin, Tel.: 030/40632146. www.weglaufhaus.berlinet.de
- **Windhorse Associates, Inc.**, 243 King St., Suite 41, Northampton, MA 01060, USA, Tel.: 001-413-586-0207, Fax: 001-413-585-1521, E-Mail: info@windhorseteam.com
- **Windhorse, Gesellschaft zur Förderung psychischer Gesundheit**, Zeltgasse 8/5, A-1080 Wien, Tel.: 0043-1-4080706, E-Mail: info@windhorse.at
- **Windhorse Zürich**, c/o Thomas Rüst, Eleonorenstr. 18, CH-8032 Zürich

Literaturverzeichnis

- ADERHOLD, V. (1994): Die akute Schizophrenie als Prozess der Selbst-Gestaltung. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizin. Fakultät der Univer. Köln
- ADERHOLD, V. (1996a): Die akute Schizophrenie als Prozess der Selbst-Gestaltung. Zur Notwendigkeit einer prozessorientierten Therapie und Therapieforschung mit schizophrenen Menschen. In: HUTTERER-KRISCH, R. (Hrsg.), S. 717–730
- ADERHOLD, V. (1996b): Die akute Schizophrenie als Prozess der Selbst-Gestaltung. Unpublizierter, neunzehnteitiger Aufsatz
- ADERHOLD, V. (1997): Widerstände auf dem Weg zu einer Soteria. In: Soziale Psychiatrie 4/97, S. 26–29
- AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.) (1993): Soteria im Gespräch: über eine alternative Schizophreniebehandlung. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- AEBI, E.; DERUNGS, T. (1993): Von wem und wie wurde die Soteria genutzt? In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 50–63
- AEBI, E.; HANSEN, H.; NOUVERTNÉ, K. (1993): »Im weichen Zimmer wird irgendwie alles direkter«. H. Hansen, K. Nouvertné und E. Aebi stellen Fragen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 98–126
- AEBI, E. (1993a): Wie wird begleitet? In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 32–40
- AEBI, E. (1993b): »Es ist wie ein schönes Bild, das Ruhe ausstrahlt und Wärme.« E. Aebi im Gespräch mit Martina, einer ehemaligen Bewohnerin, und Hans, einem ehemaligen Bewohner. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 78–83
- AEBI, E. (1993c): Vom weichen Zimmer hinaus ins Leben. Von der Schwierigkeit, für jemanden hilfreich zu sein. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 128–139
- AEBI, E.; SCHNEIDER, H.-J. (1993): »Ich habe große Achtung vor der Soteria...« E. Aebi im Gespräch mit H.-R. Schneider, Psychoanalytiker in Zürich und sieben Jahre lang Supervisor des Soteria-Teams. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 142–151
- ALANEN, Y. O.; RÄKKÖLÄINEN, V.; RASISMUS, R.; LAAKSO, J.; JÄRVI, R. (1982): Developing the treatment of schizophrenia in a community-psychiatric setting. A psychotherapeutic and family-centered approach. In: Psychiatr. Fennica, pp. 101–120
- ALANEN, Y. O.; UGELSTAD, E.; ARMELIUS, B.-A.; LEHTINEN, K.; ROSENBAUM, B.; SJÖSTRÖM, R. (1994): Early treatment for Schizophrenic Patients. Scandinavian psychotherapeutic approaches. Scandinavian University Press, Oslo
- ALMOND, R. (1983): Concepts and New Developments in Milieu Treatment. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 127–140
- AMBÜHL, B.; SCHIEPEK, G. (1994): Soteria – ein integratives Behandlungskonzept für Menschen mit psychotischen Störungen. In: HUTTERER-KRISCH, R. (Hrsg.): Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Springer, Wien (u. a.), 1. Aufl., S. 731–749
- ANDERSEN, T. (1990): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Verlag modernes lernen, Dortmund
- ANDERSON, C. (1983): A psychoeducational model of family treatment for schizophrenia. In: STIERLIN, H.; WYNNE, L. C.; WIRSCHING, M. (Eds.): Psychosocial intervention in schizophrenia. Springer, Berlin, pp. 227–235
- ANTHONY, W.; COHEN, M.; VITALO, R. (1978): The measurement of rehabilitation outcome. In: Schizophr. Bulletin 4, pp. 365–383
- ARTISS, K. L. (1962): Milieu Therapy in Schizophrenia. Grune & Stratton, New York
- BARNES, M.; BERKE, J. (1972): Two Accounts of a Journey Through Madness. New York

- BATESON, G.; JACKSON, D. D.; HALEY, J.; WEAKLAND, J. W. (1956): Toward a theory of schizophrenia. In: *Behav. Sci.* 1, pp. 246–251
- BATESON, G. (1958): Analysis of group therapy in an admission ward, United States Naval Hospital, Oakland, California. In: WILMER, H. A., S. 335–349
- BELLION, R. (1996): Selbsthilfe in psychotischen Krisen – Ein Erfahrungsbericht. In: *Soziale Psychiatrie* 3/96, S. 4–7
- BENEDETTI, G. (1983): *Todeslandschaften der Seele*. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen
- BENEDETTI, G. (1987): Psychotherapeutische Behandlungsmethoden. In: KISKER, K. P.; LAUTER, H.; MEYER, J.-E.; MÜLLER, C.; STRÖMGREN, E. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* 4, Band 4. Springer, Berlin u. a., 3. Aufl., S. 285–323
- BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-FRIES, R.; KUIPERS, L.; LEFF, J. (1984): Educating relatives about schizophrenia. In: *Schizophr. Bulletin* 10, pp. 418–429
- BETTELHEIM, B. (1950): *Love is Not Enough: The Treatment of Emotionally Disturbed Children*. Free Press, Glencoe, Illinois
- BLÄNKNER, N.; RUNTE, I. (1995): Burch House, USA. Öffentlicher Vortrag am 31.5.1995 in Münster. Unpublizierte, neunseitige Vorlage.
- BLEULER, M. (1968): A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia. In: ROSENTHAL, D.; KETY, S. S. (Eds.): *The transmission of Schizophrenia*. Pergamon Press, Oxford, London
- BLEULER, M. (1978): *The Schizophrenic Disorders: Long-Term Patient and Family Studies*. Yale University Press, New Haven, CT
- BOCK, T.; DERANDERS, J. E.; ESTERER, I. (1994a): *Im Strom der Ideen: Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- BOCK, T.; DERANDERS, J. E.; ESTERER, I. (1994b): *Stimmenreich: Mitteilungen über den Wahnsinn*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- BOCK, T.; BUCK, D.; GROSS, J.; MASS, E.; SOREL, E.; WOLPERT, E. (Hrsg.) (1995): *Abschied von Babylon: Verständigung über Grenzen in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- BOCK, T. (1995): Psychosen außerhalb der Psychiatrie. In: BOCK, T.; BUCK, D.; GROSS, J.; MASS, E.; SOREL, E.; WOLPERT, E. (Hrsg.), S. 318–324
- BOCK, T. (1997): *Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie: Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- BOCKOVEN, J. S. (1963): *Moral Treatment in American Psychiatry*. Springer, New York
- BOCKOVEN, J. S.; SOLOMON, H. C. (1975): Comparison of Two Five-Year Follow-Up Studies: 1947 to 1952 and 1967 to 1972. In: *Americ. Jour. Psychiatr.*, 132, pp. 796–801
- BÖKER, W.; BRENNER, H. D. (Hrsg.) (1989): *Schizophrenie als systemische Störung. Die Bedeutung intermediärer Prozesse für Therapie und Theorie*. Verlag Hans Huber, Bern
- BÖKER, W. (1996): Krisen. In: SCHNYDER, U.; SAUVANT, J.-D. (Hrsg.): *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 111–119
- BOSCOLO, L. (1996): Die Macht von Worten und Etiketten. Eine Konsultation mit einer »schizophrenen« jungen Frau. In: KELLER, T.; GREVE, N. (Hrsg.), S. 135–152
- BOYLE, M. (1990): *Schizophrenia – a scientific delusion?* Routledge, London, New York
- BRACELAND, F. J. (1958): Vorwort zu WILMER, H. A. (1958), S. I–X
- BRAUN, U.; HERGRÜTER, E. (1980): *Antipsychiatrie und Gemeindepsychiatrie: Erfahrungen mit therapeutischen Modellen*. Campus Verlag, Frankfurt/Main und New York
- BREGGIN, P. R. (1996): *Giftige Psychiatrie. Teil 1*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- BREGGIN, P. R. (1997): *Giftige Psychiatrie. Teil 2*. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- BRILL, K.-E. (Hrsg.) (1996): *Die Soteria-Idee lebt: Erfahrungen – Konzepte – Perspektiven*. Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bonn

- BROWN, G. W.; BIRLEY, J. L. T. (1968): Crisis and life changes and the onset of schizophrenia. In: *Journal of Health a. Soc. Behav.*, 9, pp. 203–214
- BROWN, S. (1996): Susan Brown and Burch House. In: *Counterpoint* (a publication of news and arts by psychiatric survivors, ex-patients, mental health consumers and their families), Vol. XII, No. 2, Spring/Summer 1996, Vermont, USA, pp. 1–4
- BROWN, S. (1997): BURCH HOUSE: Psychosis in a Therapeutic Community. Unpublizierter, achtseitiger Aufsatz.
- BRÜGGE, C. (1994): Wohin mit dem Wahnsinn? Ausgewählte Aspekte der Kontroverse um Anstaltspsychiatrie und mögliche Alternativen. Diplom-Arbeit an der Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Abteilung für Psychologie, Bielefeld. Vertrieb: Antipsychiatrie-Verlag, Berlin
- BRÜGGE, C.; DERUNGS, T. (1994): Gespräch mit Thomas Derungs (Soteria Bern). In: BRÜGGE, C., S. 165–181
- CANCRO, R. (1985): Einige vorläufige Überlegungen zur Psychotherapie der Schizophrenie. In: STIERLIN, H.; WYNNE, L. C.; WIRSCHING, M. (Hrsg.), S. 163–169
- CARPENTER, W. T. Y.; MCGLASHAN, T. H.; STRAUSS, J. S. (1977): The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. In: *American Journal of Psychiatry* 134:1, January, pp. 14–20
- CARPENTER, W. T. Y.; HEINRICHS, D. W.; HANLON, T. E. (1987): A comparative trial of pharmacologic strategies in schizophrenia. In: *American Journal of Psychiatry* 144, pp. 1466–1470
- CARPENTER, W. T. Y.; HEINRICHS, D. W.; HANLON, T. E. (1990): Continuous versus targeted medication in schizophrenic outpatients: outcome results. In: *American Journal of Psychiatry* 147, pp. 1138–1148
- CHAMBERLIN, J. (1988): On our own. Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System. MIND-Publikation, England
- CHILES, J. A.; STERCHI, D.; HYDE, T.; HERZ, M. I. (1989): Intermittent medication for schizophrenic outpatients: Who is eligible? In: *Schizophr. Bulletin* 15, pp. 117–120
- CIOMPI, L.; MÜLLER, C. (1976): Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie. Springer, Berlin (u. a.)
- CIOMPI, L.; DAUWALDER, H. P.; AGUÉ, C. (1979): Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker, III. Längsschnittuntersuchungen zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. In: *Nervenarzt* 50, S. 366–378
- CIOMPI, L. (1980): Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? – Argumente und Gegenargumente. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, Vol. 48, S. 237–248
- CIOMPI, L. (1981): Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Ein Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. In: *Nervenarzt* 52, S. 506–515
- CIOMPI, L. (1984): Modellvorstellungen zum Zusammenwirken biologischer und psychosozialer Faktoren in der Schizophrenie. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 52, S. 200–206
- CIOMPI, L. (1985a): Schizophrenie als Störung der Informationsverarbeitung – Eine Hypothese und ihre therapeutischen Konsequenzen. In: STIERLIN, H. et al. (Hrsg.), S. 59–72
- CIOMPI, L. (Hrsg.) (1985b): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- CIOMPI, L. (1988a): Learning from outcome studies. Toward a more comprehensive biological-psychosocial understanding of schizophrenia. In: *Schizophr. Res.* 1, pp. 373–384
- CIOMPI, L. (1988b): Systemtheoretische Aspekte der psychiatrischen Rehabilitation. In: KELLER, T. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie und systemisches Denken. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- CIOMPI, L. (1989): Zur Dynamik komplexer biologisch-psycho-sozialer Systeme: Vier fundamentale Mediatoren in der Langzeitentwicklung der Schizophrenie. In: BÖCKER, W.; BRENNER, H. D. (Hrsg.), S. 27–38

- CIOMPI, L.; DAUWALDER, H.-P.; MAIER, CH.; AEBI, E. (1991): Das Pilotprojekt »Soteria Bern« zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. In: *Nervenarzt* 62, S. 428–435
- CIOMPI, L. (1993a): Auf dem Weg zu einer menschlicheren Schizophreniebehandlung. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 172–179
- CIOMPI, L. (1993b): Die bisherigen Forschungsergebnisse. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 182–186
- CIOMPI, L.; HANSEN, H.; NOUVERTNÉ (1993): »Es war wie im Märchen...«, H. Hansen und K. Nouvertné im Gespräch mit L. Ciompi. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 14–30
- CIOMPI, L.; KUPPER, Z.; AEBI, E.; DAUWALDER, H.-P.; HUBSCHMID, T.; TRÜTSCH, K.; RUTISHAUSER, C. (1993): Das Pilotprojekt »Soteria Bern« zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 2 Jahre. In: *Nervenarzt* 64, S. 440–450
- CIOMPI, L. (1994): *Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung; ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*. Klett-Cotta, Stuttgart, 4. Auflage
- CIOMPI, L.; DAUWALDER, H. P.; MAIER, C.; AEBI, E.; TRÜTSCH, K.; KUPPER, Z.; RUTISHAUSER, C. (1995): The Pilot Project »Soteria Berne«: Clinical Experiences and Results. In: WARNER, R. (Ed.), pp. 133–151
- COMER, J. (1995): *Klinische Psychologie*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg (u. a.)
- COOPER, D. (1967): *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- COOPER, R.; FRIEDMANN, J.; GANS, S.; HEATON, J. M.; OAKLEY, C.; OAKLEY, H.; ZEAL, P. (1994): *Thresholds between philosophy and psychoanalysis: papers from the Philadelphia Association*. Free Association Books, London
- CUMMING, J.; CUMMING, E. (1979): *Ich und Milieu. Theorie und Praxis der Milieuthérapie*. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- DAUWALDER, H. P.; CIOMPI, L.; AEBI, E.; HUBSCHMID, T. (1984): Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker. IV. Untersuchung zur Rolle von Zukunftserwartungen bei chronisch Schizophrenen. In: *Nervenarzt* 55: S. 257–264
- DAUWALDER, H. P. (1988): Psychische Gesundheit: Warum »präventives Verhalten« und nicht »Prävention«? Erfahrungen aus der Sekundärprävention der Schizophrenie. In: STARK, W. (Hrsg.): *Lebensweltbezogene Prävention*. Lambertus, Freiburg
- DAVIDSON, L.; STRAUSS, J. S. (1995): Beyond the psychosocial model: integrating disorder, health and recovery. In: *Psychiatry*, Feb. 58 (1), pp. 44–55
- DÖRNER, K. (1975): *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- DÖRNER, K.; PLOG, U. (1992): *Irren ist menschlich*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- DSM-II (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 2nd Edition*. American Psychiatric Press, Washington, D. C.
- DSM-III-R (1989): *Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen*. Beltz, Weinheim (u. a.)
- DSM-IV (1996): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Hogrefe, Göttingen (u. a.)
- ELDRED, S. H. (1983): Evaluating Research on Milieus. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 49–56
- ELLSWORTH, R. B. (1983): Characteristics of Effective Treatment Milieus. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 87–123
- FAIRWEATHER, G. W.; SIMON, R.; GEBHARD, M. (1960): Relative effectiveness of psychotherapeutic programs. In: *Psychol. Monogr.*, Vol. 74 (no 492)

- FAIRWEATHER, G. W.; SANDERS, D.; CRESSLER, D.; MAYNARD, H. (1969): *Community Life for the Mentally Ill: An Alternative to Institutional Care*. Aldine, Chicago
- FENGLER, C.; FENGLER, T. (1980): *Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. Eine ethnomethodologische Untersuchung*. Psychiatrie-Verlag, Rehbürg-Loccum
- FIGENBAUM, W.; TUSCHEN, B. (1996): *Therapie von Angsterkrankungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht*. In: BENTS, H.; FRANK, R.; REY, E.-R. (Hrsg.): *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*. S. Roderer Verlag, Regensburg
- FINZEN, A. (1978): *Milieutherapeutische Konzepte in der Sozialpsychiatrie*. In: HEIM, E. (Hrsg.), S. 14–22
- FINZEN, A. (1995): *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen: Leitlinien für den psychiatrischen Alltag*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- FISHER, S.; GREENBERG, R. P. (Eds.) (1989): *The limits of biological treatments for psychosocial distress: Comparisons with psychotherapy and placebo*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey
- FORTUNA, J. M. (1995): *The Windhorse Program for Recovery*. In: WARNER, R. (Ed.), pp. 171–189
- FOUCAULT, M. (1969): *Wahnsinn und Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt
- FROMM-REICHMANN, F. (1939): *Transference problems in schizophrenics*. In: *Psychoanalyt. Quart.*, Vol. 8: pp. 412–426
- FROMM-REICHMANN, F. (1948): *Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy*. In: *Psychiatry*, Vol. 11, pp. 263–273
- GALUSKA, J. (1996): *Heilung von Psychosen in transpersonalem Verständnis. Überarbeitete, achtzehnseitige Fassung eines Vortrages am 19.9.1996 auf der Tagung »Krisen der Erde, Krisen der Seele, Chancen für ein neues Jahrtausend« in Todtmoos*
- GOFFMAN, E. (1973): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- GOLDBLATT, D. (1986): *The practical application of existential phenomenological psychotherapy in a residential setting*. Presented at the Fifth Annual Human Science Research Conference May 28, 1986, Berkeley, California. Unpublizierter, vierzehnseitiger Vortrag
- GOLDBLATT, D. (1992): *Burch House, Inc.: History and Description*. Unpublizierter, zwanzigseitiger Aufsatz (eine Zusammenfassung ist GOLDBLATT 1995c).
- GOLDBLATT, D. (1993): *The House Inspired by R. D. Laing: Reflections on a Non-Traditional Therapeutic Community*. In: *Pilgrimage, Psychotherapy and Personal Exploration*, Vol. 19, Number 4, September/October 1993, pp.18–26
- GOLDBLATT, D. (1994): *Obstacles to the Widespread Development of Alternatives to Hospitalization*. Unpublizierter, fünfseitiger Vortrag, gehalten auf dem XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 in Hamburg.
- GOLDBLATT, D. (1995a): *Zwei Wochen des Dabeiseins – Die Integration der Psychose in die Person*. In: BOCK, T. et al. (Hrsg.), S. 223–230
- GOLDBLATT, D. (1995b): *Die Psychose durcharbeiten*. In: BOCK, T. et al. (Hrsg.), S. 325–332
- GOLDBLATT, D. (1995c): *Burch House, Inc., Bethlehem, New Hampshire: History and Description*. In: WARNER, R. (Ed.), pp.155–168
- GOLDSTEIN, M. (1970): *Premorbid adjustment, paranoid status and patterns of response to phenothiazine in acute schizophrenia*. In: *Schizophrenia Bulletin* 3, pp. 24–37
- GRAWE, K.; DONATI, R.; BERNAUER, F. (1994/5): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen
- GUNDERSON, J. G.; HIRSCHFELD, R. (1975): *Factors influencing the selection of patients of individual psychotherapy*. In: GUNDERSON, J. G.; MOSHER, L. R. (Eds.): *Psychotherapy of schizophrenia*. New York

- GUNDERSON, J. G. (1977): Drugs and psychosocial treatment of schizophrenia revisited. In: *Journal of Continuing Education in Psychiatry*, 38, pp. 25–40
- GUNDERSON, J. G. (1978): Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. In: *Psychiatry*, 41, pp. 327–335
- GUNDERSON, J. G. (1980): A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients. In: *Schizophr. Bull.* 6, pp. 64–69
- GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.) (1983): *The Principles and Practices of Milieu Therapy*. Jason Aronson, New York
- GUNDERSON, J. G. (1983a): An Overview of Modern Milieu Therapy. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), p. 1–13
- GUNDERSON, J. G. (1983b): If and When Milieu Therapy Is Therapeutic for Schizophrenics. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), p. 57–66
- GUNDERSON, J. G.; CAROLL, A. (1985): Klinische Probleme im Lichte empirischer Forschung. In: STIERLIN, H.; WYNNE, L. C.; WIRSCHING, M. (Hrsg.), S. 141–162
- HANSEN, H. (1993): »Gut war, wenn man einfach beieinander saß.« H. Hansen im Gespräch mit Manfred, einem ehemaligen Bewohner. In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 64–77
- HEIM, E. (Hrsg.) (1978): *Milieu-Therapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik*. Verlag Hans Huber, Bern
- HEIM, E. (1985): *Praxis der Milieu-Therapie*. Springer, Berlin
- HEINZ, R.; KAMPER, D.; SONNEMANN, U. (1993): *Wahnwelten im Zusammenstoß. Die Psychose als Spiegel der Zeit*. Akademie Verlag, Berlin
- HEISE, H. (1996): Patientenversorgung am Beispiel Soteria Bern. In: BRILL, K.-E. (Hrsg.), S. 85–98
- HELLERMUND, M. (1996): Konzept Soteria an der Oder – Frankfurt/Oder. In: BRILL, K.-E. (Hrsg.), S. 173–187
- HENRICH, G.; DE JONG, R.; MAI, N.; REVENSTORF, D. (1979): Aspekte des therapeutischen Klimas – Entwicklung eines Fragebogens. In: *Zeitschrift f. Klin. Psychol. Forsch. Prax.* 8, S. 41–55
- HERZ, M. J.; SZYMANSHI, H. V.; SIMON, Y. C. (1982): Intermittent medication for stable schizophrenic outpatients: an alternative to maintenance medication. In: *American Journal of Psychiatry* 139, pp. 918–922
- HILSENBECK, P. (1991): Feministische Gruppenarbeit mit »Psychotikerinnen«. In: HOFFMANN, D. (Hrsg.): *Frauen in der Psychiatrie*. DGSP-Schriftenreihe Nr. 9. Bonn, S. 36–46
- HIRSCH, S. R.; LEFF, J. P. (1975): *Abnormalities in parents of schizophrenics*. University Press, London
- HIRSCHFELD, R.; MATTHEWS, S.; MOSHER, L. R.; MENN, A. Z. (1977): Being with Madness: Personality Characteristics of Three Treatment Staffs. In: *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 28 (4), pp. 267–273
- HÖLLING, I. (1996): Ohne Netz – Psychiatriebetroffen und wohnungslos: Erster Erfahrungen mit dem »Weglaufhaus« in Berlin. In: *Soziale Psychiatrie*, Nr. 2/96, S. 20–22
- HOGARTY, G. E.; ANDERSON, C. (1987): A controlled study of family therapy, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenic patients: preliminary effects on relapse and expressed emotion at one year. In: STRAUSS, J. S.; BÖKER, W.; BRENNER, H. D. (Eds.): *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Huber, Toronto, pp. 73–86
- HOHN, P. (1996): Das Soteria Nacka »Crisiscenter«-Stockholm (Schweden). In: BRILL, K.-E. (Hrsg.), S. 109–114
- HUBER, G.; GROSS, G.; SCHUETTLER, R. (1979): *Schizophrenie. Eine Verlaufs- und sozial-psychiatrische Langzeitstudie*. Springer, Berlin

- HUBSCHMID, T. (1985): Von der Familientherapie zur Angehörigenarbeit oder vom therapeutischen zum präventiv-rehabilitativen Paradigma in der Schizophreniebehandlung. In: *Forsch. Neurol. Psychiatr.* 53, pp. 117–122
- HUBSCHMID, T.; CIOMPI, L. (1990): Prädiktoren des Schizophrenieverlaufs. Eine Literaturübersicht. In: *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 58, S. 359–366
- HUNT, R. G. (1983): Design of Psychiatric Milieus. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 159–175
- HUTTERER-KRISCH, R. (Hrsg.) (1996): *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Springer, Wien (u. a.), 2. erw. Aufl.
- JIKO, I. (1996): Soteria auf der psychiatrischen Station – Gütersloh. In: BRILL, K.-E. (Hrsg.), S. 199–204
- JONES, M. (1956): The concept of a therapeutic community. In: *Am. J. Psychiatr.*, Vol. 112, pp. 647–650
- JONES, K. (1972): *A History of Mental Health Services*. London
- JONES, M.; STANFORD, G. (1973): Transforming schools into learning communities. In: *Phi Delta Kappa* 201, pp. 201–224
- JONES, M. (1976): *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft*. Verlag Hans Huber, Bern
- JONES, M. (1978): Von der therapeutischen Gemeinschaft zum offenen System. In: HEIM, E. (Hrsg.), S. 22–31
- JONES, M. (1983): Therapeutic community as a system for change. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 177–184
- JØRSTAD, J. (1978): Die Ausbildung von Milieuthérapeuten, ein kontinuierlicher Prozess. In: HEIM, E. (Hrsg.), S. 115–132
- KANE, J. M.; RIFKIN, A.; WOERNER M.; REARDON, G.; SARANTAKOS, S.; SCHIEBEL, D.; RAMOS-LORENZI, J. (1983): Low-dose neuroleptic treatment. In: *Arch. Gen. Psychiatr.* 40, pp. 893–896
- KANE, J. M.; LIEBERMANN, J. A. (1987): Maintenance pharmacotherapy in schizophrenia. In: MELTZER, H. Y. (Ed.): *Psychopharmacology: The third generation of progress*. Raven Press, New York, pp. 1103–1109
- KARON, B. P. (1981): *Psychotherapy of schizophrenia*. Jason Aronson, New York, London
- KARON, B. P. (1989): Psychotherapy versus Medication for Schizophrenia: Empirical Comparisons. In: FISHER, S.; GREENBERG, R. P. (Eds.), S. 105–150
- KAUFMANN, H. (1996): Das »Windhorse-Modell« der Bewältigung psychotischer Krisen. In: HUTTERER-KRISCH, R. (Hrsg.), S. 833–843
- KELLAM, S. G.; GOLDBERG, S. C.; SCHOOLER, N. R. (1967): Ward atmosphere and outcome of treatment of acute schizophrenia. In: *Jour. Psychiatr. Res.*, Vol. 5, pp. 145–163
- KELLER, T.; GREVE, N. (Hrsg.) (1996): *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- KERNBERG, O. F. (1980): *Internal world and external reality. Object relation theory applied*. Jason Aronson, New York, London
- KEUPP, H.; RÖHRLE, B. (Hrsg.) (1987): *Soziale Netzwerke*. Frankfurt
- KLORMANN, R.; STRAUSS, J.; KOKES, R. (1977): Premorbid adjustment in schizophrenia: Concepts, measures and implications. Part III. The relationship of demographic and diagnostic factors to measures of premorbid adjustment in schizophrenia. In: *Schizophr. Bull.*, Vol. 3, pp. 214–225
- KOELLA, W. P. (1978): Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Pharmaka in ihrem Einfluss auf das Verhalten. In: HEIM, E. (Hrsg.), S. 156–170
- KRESKY-WOLFF, M.; MATTHWES, S.; KALIBAT, F.; MOSHER, L. R. (1984): Crossing Place: A residential model for crisis intervention. In: *Hosp. a. Com. Psychiatry*, 35, pp. 72–74

- KRISOR, M. (1995): Die soziale Welt in der institutionellen Psychotherapie. In: HERMER, M. (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. dgvt-Verlag, Tübingen, S. 242–249
- KROLL, B. (1998): Mit Soteria auf Reformkurs. Verlag Jakob van Hoddis
- LAING, R. D. (1969a): Phänomenologie der Erfahrung. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- LAING, R. D. (1969b): Undurchschaubarkeit und Evidenz in modernen Sozialsystemen. In: COOPER, D. (Hrsg.): Dialektik der Befreiung. Rororo, Reinbek bei Hamburg
- LAING, R. D. (1972): Das geteilte Selbst. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- LAING, R. D. (1974): Die Politik der Familie. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- LAING, R. D.; ESTERSON, A. (1975): Wahnsinn und Familie. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- LAING, R. D. (1987): Weisheit, Wahnsinn, Torheit. Werdegang eines Psychiaters. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- LANGSLEY, D. G.; PITTMAN, F. S.; SWANK, G. E. (1969): Family Crisis in Schizophrenics and Other Mental Patients. In: Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 149, pp. 270–276
- LEFF, J. P.; WING, J. K. (1971): Trial of maintenance therapy in schizophrenia. In: Br. Med. J., Vol. 3, pp. 559–604
- LEFF, J. P.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R.; EBERLEIN-FRIES, R.; STURGEON, D. (1982): A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. In: British Journal of Psychiatry 141, pp. 121–134
- LEHMANN, P. (1996 a+b): Schöne neue Psychiatrie. Band 1 (a): Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken, Band 2 (b): Wie Psychopharmaka den Körper verändern. Antipsychiatrieverlag, Berlin
- LEHMANN, P. (1998): Soteria und Empowerment. Über die Interessen Psychiatrie-Betroffener. Ungekürzte Fassung des Vortrags ›Soteria-Ansatz in der Akutpsychiatrie aus der Sicht von Psychiatrie-Betroffenen‹, gehalten bei der Fachtagung ›Alternativen in der Akutpsychiatrie – Soteria‹ (veranstaltet vom Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.) am 20. September 1997 in Trier. Antipsychiatrieverlag, Berlin, 3., erweiterte Auflage
- LIBERMAN, R. P. (1983): Research on the Psychiatric Milieu. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 67–85
- LINDEMANN, E. (1944): Symptomatology and Management of Acute Grief. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 101, pp. 141–148
- LINN, L. (1970): State hospital environment and rates of patient discharge. In: Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 23, pp. 346–351
- LIPTON, M. A.; BURNETT, G. B. (1979): Pharmacological treatment of schizophrenia. In: BELLAK, L. (Ed.): Disorders of the schizophrenic syndrome. Basic books, New York, pp. 320–352
- LUDEWIG, K. (1996): Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie. Eine systemische Betrachtung. In: KELLER, T.; GREVE, N. (Hrsg.), S. 45–60
- LUHMANN, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Suhrkamp, Frankfurt
- MACHLEIDT, W.; GUTJAHR, L.; MÜGGE, A. (1989): Grundgedühle. Phänomenologie, Psychodynamik, EEG-Spektralanalytik. Springer, Berlin
- MACHLEIDT, W.; PELTZER, K. (1994): Vergleich kulturell unterschiedlicher Ansätze zur Behandlung der Schizophrenie. In: Curare, 17 (1), S. 59–81
- MAIER, C.; TRÜTSCH, K. (1993): Beziehungen zwischen intrapsychischen und familiären Strukturen bei Schizophrenen (im Druck)
- MATAKAS, F. (1992): Neue Psychiatrie: integrative Behandlung: psychoanalytisch und systemisch. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- MATTHEWS, S. M.; ROPER, M. T.; MOSHER, L. R.; MENN, A. Z. (1979): A Non-Neuroleptic Treatment for Schizophrenia: Analysis of the Two-year Post-Discharge Risk of Relapse. In: Schizophrenia Bulletin, Vol.5 (2), pp. 322–333

- MAY, P. R. A.; TUMA, H. H.; YALE, C.; PROTEPAN, R.; DIXON, W. J. (1976): Schizophrenia: A follow-up study of results of treatment. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 33, pp. 481–486
- MAY, P. R. A.; TUMA, H. H.; YALE, C.; PROTEPAN, R.; DIXON, W. J. (1981): Schizophrenia: A follow-up of the results of five forms of treatment. In: *Archives of General Psychiatry*, Vol. 38, pp. 776–784
- MCGLASHAN, T. H.; LEVY, S. T.; CARPENTER, W. T. Jr. (1975): Integration and sealing-over: clinically distinct recovery styles from schizophrenia. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 32, pp. 1269–1272
- MCGLASHAN, T. H.; CARPENTER, W. T. (1981): Does attitude toward psychosis relate to outcome? In: *Amer. J. Psychiatr.*, Vol. 136, pp. 797–801
- MENNINGER, K. (1959): Psychiatrist's world. In: HALL, B. (Ed.): *The selected papers of Karl Menninger*. Viking, New York
- MICHAUX, H. (1971): *Turbulenz im Unendlichen*. Suhrkamp, Frankfurt
- MOOS, R. H. (1974): *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. John Wiley, New York
- MOOS, R. H. (1975): *Evaluating correctional and community settings*. John Wiley, New York
- MOSHER, L. R.; REIFMAN, A.; MENN, A. Z. (1973): Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics. In: *Hospital & Community Psychiatry*, Volume 24, pp. 391–396
- MOSHER, L. R. (1974): *Psychiatric Heretics and the Extramedical Treatment of Schizophrenia*. In: CANCRO, R.; FOX, N.; SHAPIRO, L. (Eds): *Strategic Interventions in Schizophrenia: Current Developments in Treatment*. Behavioral Publications, New York
- MOSHER, L. R.; MENN, A. Z.; MATTHEWS, S. M. (1975): Soteria: Evaluation of a Home-Based Treatment for Schizophrenia. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 45, pp. 455–467
- MOSHER, L. R.; MENN, A. Z. (1976): Dinosaur or astronaut? One year follow-up data from the Soteria project. In: *Amer. Jour. Psychiatry*, Vol. 133, pp. 919–920
- MOSHER, L. R.; MENN, A. Z. (1977): Lowered Barriers in the Community: The Soteria Model. In: STEIN, L. I.; TEST, M. A. (Eds.): *Alternatives to Mental Health Hospital Treatment*. Plenum Press, New York, pp. 75–113
- MOSHER, L. R.; MENN, A. Z. (1978): Community Residential Treatment for Schizophrenia: Two-Year Follow-up. In: *Hospital & Community Psychiatry*, Volume 29, Number 11, pp. 715–723
- MOSHER, L. R.; GUNDERSON, J. G. (1979): Group, family, milieu and community support systems treatment for schizophrenia. In: BELLAK, L. (Ed.): *The disorders of the schizophrenic syndrome*. Basic, New York
- MOSHER, L. R.; KEITH, S. J. (1979): Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: a summary report. In: *Amer. Jour. Psychiatry*, Vol. 136, pp. 623–631
- MOSHER, L. R.; KEITH, S. J. (1980): Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches. In: *Schizophrenia bulletin*, Vol. 6, pp. 10–41
- MOSHER, L. R. (1983): Alternatives to Psychiatric Hospitalization: Why has Research failed to be Translated into Practice? In: *New England Journal of Medicine*, Vol. 309, pp. 1579–1580
- MOSHER, L. R.; MENN, A. Z. (1985): Wissenschaftliche Erkenntnisse und Systemveränderungen. Erfahrungen im Soteria-Projekt. In: STIERLIN, H.; WYNNE, L. C.; WIRSCHING, M. (Hrsg.), S. 106–122
- MOSHER, L. R.; BURTI, L. (1992): *Psychiatrie in der Gemeinde: Grundlagen und Praxis*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- MOSHER, L. R.; HENDRIX, V.; FORT, D. C. und die Beteiligten des Soteria-Projektes (1994): *Dabeisein: das Manual zur Praxis in der Soteria*. Psychiatrie-Verlag, Bonn

- MOSHER, L. R.; VALLONE, R.; MENN, A. Z. (1995): The Treatment of Acute Psychosis without Neuroleptics: Six-week Psychopathology Outcome Data from the Soteria Project. In: *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 41, No. 3, pp. 157–173
- MOSHER, L. R. (1995): The Soteria-Project: The First-Generation American Alternatives to Psychiatric Hospitalization. In: WARNER, R. (Ed.), pp. 111–129
- MOSHER, L. R.; VALLONE, B. (1996): Soteria Kalifornien – San José. Abschließender Rechenschaftsbericht des Soteria-Projektes. In: BRILL, K.-E. (Hrsg.), S. 115–146 (Der englischsprachige Originalbericht mit dem statistischen Anhang liegt dem Autor vor.)
- MOSHER, L. R. (2001): Soteria California und ihre amerikanischen Nachfolgeprojekte. In: CIOMPI, L.; HOFFMANN, H.; BROCCARD, M. (Hrsg.) (2001): *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Verlag Hans Huber, Bern, S. 13–41
- MÜLLER, C. (1993): Soteria – nur ein Wunschtraum? In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 167–170
- NISKANEN, P.; ACHTE, K. (1972): *The Course and Prognosis of Schizophrenic Psychoses in Helsinki: A Comparative Study of First Admission in 1950* (Monograph No 2). Helsinki, Psychiatric Clinic of the Helsinki University Central Hospital
- NOUVERTNÉ, K. (1993): Warum gibt es nur eine Soteria? In: AEBI, E.; CIOMPI, L.; HANSEN, H. (Hrsg.), S. 158–166
- OTTO, B. (1993): *Bruno Bettelheims Milieutherapie*. Deutscher Studienverlag, Weinheim
- OVERALL, J. E.; GORHAM, D. R. (1962): Brief psychiatric rating scale. In: *Psychol. Rep.* 10, pp. 799–812
- PASAMANICK, B.; SCARPITTI, F.; DINITZ, S. (1967): *Schizophrenics in the Community: An Experimental Study in the Prevention of Hospitalization*. Appleton-Century-Crofts, New York
- PAUL, G. L. (1978): The implementation of effective treatment programs for chronic mental patients: Obstacles and recommendations. In: TALBOTT, J. A. (Ed.): *The chronic mental patient*. American Psychiatric Association, Washington, D. C.
- PAUL, G. L.; LENTZ, R. J. (1977): *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients: Milieu vs. Social Learning*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- PERRY, J. W. (1962): Reconstitutive Process in the Psychopathology of the Self. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 96, pp. 853–876
- PERRY, J. W. (1974): *The far side of madness*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- PERRY, J. W. (1976): *Roots of Renewal in Myth and Madness*. Jossey-Bass, San Francisco
- PERRY, J. W. (1996a): Erneuerung des Selbstbildes. Zum Sinn psychotischer Erfahrung. In: HUTTERER-KRISCH, R. (Hrsg.), S. 230–232
- PERRY, J. W. (1996b): Die Tiefenschichten der Seele im psychotischen Geschehen. In: HUTTERER-KRISCH, R. (Hrsg.), S. 797–803
- PETERS, M. (1996): *Weglauffhaus Berlin*. Unpublizierter, elfseitiger Bericht.
- PHILLIPS, L. (1966): Social competence, the process-reactive distinction and the nature of mental disorder. In: *Proceedings of Am. Psychopathology Ass.*, 54, pp. 471–481
- PLOEGER, A. (1972): *Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie. Theorie und Praxis*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- PLOEGER, A. (1978): Milieutherapie als Organisationsform einer Abteilung. In: HEIM, E. (Hrsg.), S. 57–73
- PODVOLL, E. M. (1994): *Verlockung des Wahnsinns*. Hugendubel Verlag, München
- POLAK, P. R.; KIRBY, M. W.; DEITCHMAN, W. S. (1995): Treating Acutely Psychotic People in Private Homes. In: WARNER, R. (Ed.), pp. 213–226
- RAPOPORT, R. N. (1960): *Community as a Doctor*. Tavistock Publications, London
- RAPPAPORT, M.; HOPKINS, H. P.; HALL, K.; BELLAZA, T.; SILVERMAN, J. (1978): Are There

- Schizophrenics for Whom Drugs may be Unnecessary or Contraindicated? In: *Int. Pharmacopsychiat.* Vol. 13, pp. 100–111
- RAPPAPORT, J.; SEIDMAN, E. (Eds.) (1992): *Handbook of Community Psychology*. New York
- REES, T. P.; GLATT, M. N. (1955): The organization of the mental hospital on the basis of group participation. In: *Internat. J. of Group Psychotherapy*, Vol. 5, pp. 157–161
- REES, T. P. (1957): Back to moral treatment and community care. In: *J. Ment. Sc.*, Vol. 103, pp. 303–313 (April)
- REINECKER, H. (1992): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Hogrefe, Göttingen
- RODER, V.; BRENNER, H. D.; KIENZLE, N.; HODEL, B. (1988): *Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten*. Psychologie Verlags Union, München
- ROSEN, B.; KLEIN, D. F.; GITTELMAN-KLEIN, R. (1971): The Prediction of Rehospitalization: The Relationship Between Age of First Psychiatric Treatment Contact, Marital Status, and Premorbid Asocial Adjustment. In: *Journal of Nerv. and Ment. Disease*, Vol. 152, pp. 17–22
- RUFER, M. (1989): *Irrsinn Psychiatrie*. Zytglogge, Bern
- SCHAEF, A. W. (1992): *Beyond therapy, beyond science: a new model for healing the whole person*
- SCHARFETTER, C. (1986): *Schizophrene Menschen*. Psychologie Verlags Union, München
- SCHIFF, J. L. (1990): *Alle meine Kinder: Heilung der Schizophrenie durch Wiederholen der Kindheit*. Kaiser Verlag, München
- SCHOOLER, N.; GOLDBERG, S.; BOOTHE, H. (1967): One year after discharge: Community adjustment of schizophrenic patients. In: *Am. J. Psychiatry*, Vol. 123, pp. 986–995
- SEARLES, H. F. (1959): The effort to drive the other person crazy. In: *British J. of Med. Psychol.*, Vol. 32, pp. 1 ff.
- SELVINI-PALAZOLLI, M.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. (1977): *Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung*. Klett-Cotta, Stuttgart
- SIEBRASSE, B. (1996): Wem von Nutzen? Nutzerkontrolle für Psychiatriebetroffene oder: Ein ungehaltener Monolog zu einem neu zu träumenden ›Traum vom Frieden‹. In: *Soziale Psychiatrie* 2/96, S. 10–12
- SILVERMAN, J. (1976): Altered states of consciousness: Positive and negative outcomes. In: *Journal of Altered States of Consciousness*, Vol. 2 (4), pp. 295–317
- SIMON, H. (1929): *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. Berlin (Neuaufgabe: Psychiatrie-Verlag, Bonn, 1986)
- SINGER, M. T.; WYNNE, L. C.; TOOHEY, B. A. (1978): Communication disorders in the families of schizophrenics. In: WYNNE, L. C.; CROMWELL, R. L.; MATTHYSSE, S. (Eds.). *The nature of schizophrenia, new approaches to research and treatment*. Willy, New York, pp. 499–511
- SJÖSTRÖM, R. (1985): Effects of psychotherapy in schizophrenia. In: *Acta psychiatr. scand.*, Vol. 71, pp. 513–522
- SPADONI, A. J.; SMITH, J. A. (1969): Milieu therapy in schizophrenia. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, Vol. 20, pp. 547–551
- STIERLIN, H. (1975): *Von der Psychoanalyse zur Familientherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- STIERLIN, H.; WYNNE, L. C.; WIRSCHING, M. (Hrsg.) (1985): *Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie: Ein internationaler Überblick*. Springer, Berlin
- STRAUSS, J. S. (1992): The Person – Key to Understanding Mental Illness: Towards a New Dynamic Psychiatry, III. In: *British Journal of Psychiatry*, 161 (suppl. 18), pp. 19–26
- STRAUSS, J. S. (1995): *Processes of Healing and the Nature of Schizophrenia*. Unpublizierter, fünfzehnteitiger Aufsatz
- STROUL, B. A. (1988): Residential Crisis Services: A Review. In: *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 39, No. 10, pp. 1095–1099

- SULLIVAN, H. S. (1931a): Socio-psychiatric research, its implications for the schizophrenic problem and for mental hygiene. In: *American Journal of Psychiatry*, 10, pp. 977–991
- SULLIVAN, H. S. (1931b): The modified psychoanalytic treatment of schizophrenia. In: *American Journal of Psychiatry*, 11, pp. 519–536, 1931
- SULLIVAN, H. S. (1943): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton und Co., Inc., New York
- SULLIVAN, H. S. (1962): *Schizophrenia as a human process*. Norton und Co., Inc., New York
- SYMMES, C. B. (1989): An Existential Demonstration. In: *Psychosocial Rehabilitation Journal*, Vol. 13, Number 2, October, pp. 9–17
- SZASZ, T. (1961): *The myth of mental illness: Foundation of a theory of personal conduct*. Hoeber-Harper, New York
- TIME LIFE (1992): *Geheimnisse des Unbekannten. Rätsel des Geistes*. Time Life Books, Time Warner Inc., USA
- TÖLLE, R. (1991): *Psychiatrie*. Springer, Berlin
- TÖLLE, R.; WINDGASSEN, K. (1992): Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln?, Anmerkungen zu der Arbeit von L. Ciompi, H.-P. Dauwalder, Ch. Maier und E. Aebi. In: *Nervenarzt* 63: S. 577–579
- TORNATORE, F. L.; SRAMEK, J. J.; OKEYA, B. L.; PI, E. H. (1991): *Unerwünschte Wirkungen von Psychopharmaka*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (u. a.)
- TRUNGPA, C. (1988): *Das Buch vom meditativen Leben*. Scherz, München
- TUCKER, G. J. (1983): *Therapeutic Communities*. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 35–46
- UCHTENHAGEN, A. (1978): *Gruppenprozesse in der therapeutischen Gemeinschaft*. In: HEIM, E. (Hrsg.), S. 93–99
- VAN HUSEN, B. (1993) (Hrsg.): *Psychotherapie der Psychosen*. Quintessenz, München
- WARNER, R. (Ed.) (1995): *Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
- WENDT, R. J.; MOSHER, L. R.; MATTHEWS, S. M.; MENN, A. Z. (1983): Comparison of Two Treatment Environments for Schizophrenia. In: GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. 17–33
- WILL, O. A. (1983): Vorwort zu GUNDERSON, J. G.; WILL, O. A.; MOSHER, L. R. (Eds.), pp. VII–X
- WILLI, J. (1996): *Ökologische Psychotherapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen
- WILLI, J. (1997): »Wir müssen die Umwelt für uns gewinnen.« – Der Schweizer Psychotherapeut Jürg Willi über »Persönliche Nischen« und ihre Bedeutung für unsere psychische Gesundheit. In: *Psychologie Heute*, April 1997, S. 51–55
- WILMER, H. A. (1958): *Social Psychiatry in Action: A Therapeutic Community*. Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois
- WILSON, H. S. (1976): Presencing – Social control of »schizophrenics« in an antipsychiatric community. In: KNEISE, C.; WILSON, H. S. (Eds.): *Current Perspectives in Psychiatric Nursing*. St. Louis, pp. 164–175
- WILSON, H. S. (1978): »Conjoint Becoming: Study of Soteria II.« In: KNEISE, C.; WILSON, H. S. (Eds.): *Current Perspectives in Psychiatric Nursing*, Vol. II, St. Louis, MO, pp. 135–148
- WILSON, H. S. (1982): *Deinstitutionalized residential care for the mentally disordered. The Soteria House approach*. Grune & Stratton, New York
- WINDGASSEN, K. (1989): *Schizophreniebehandlung aus der Sicht des Patienten*. Springer, Berlin
- WING, J. K.; BROWN, G. W. (1970): *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge University Press, London
- WINKLER, W. TH. (1978): Wechselwirkung zwischen pharmakologischer Therapie und Milieuthherapie. In: HEIM, E. (Hrsg.), S. 136–143