

Den SOTERIA-Gedanken außerhalb der Klinik realisieren – (wie) geht das?

Ein Erfahrungsbericht und theoretische Reflexionen
Vortrag zur SOTERIA-Jahrestagung (IAS), Reichenau 09.09.2022

Wenn Sie mit mir einer Meinung sind, dass SOTERIA *das* alternative Behandlungskonzept zur traditionellen Psychiatrie ist (und der jüngste WHO-Bericht zur Umsetzung der BRK bestärkt uns darin), dann darf man die Frage stellen, warum diese angemessenere Behandlungsform nur jungen, möglichst ersterkrankten Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Psychose zugute kommen soll und nicht auch anderen Diagnosegruppen. Das dürfte evtl. gewisse konzeptionelle Anpassungen erfordern, z.B. was die 1:1 Begleitung im „Weichen Zimmer“ angeht (für einen depressiven Patienten oder eine Borderline-Persönlichkeit ist das nicht unbedingt angebracht, doch dazu später noch ein paar Überlegungen). Aber der Kern der Konzeption, also eine „beziehungsorientierte Milieuthapie“ wäre sicher für alle Patienten der Psychiatrie die bessere Alternative. Sie wissen ja wohl noch, dass Prof. Machleidt schon vor zwei Jahrzehnten in *diesem* Gremium den Plan vorgestellt hat, in Hannover ein ganzes Haus für eine solche Soteria-Psychiatrie für alle Diagnosegruppen einzurichten. Vielleicht war es damals zu früh, aber der jüngste Rapport der BRK-Kommission müsste uns ermutigen.

Und dann ist weiter zu fragen, muss denn dieses innovative Behandlungskonzept auf das Setting einer *Klinik* beschränkt bleiben? Enthospitalisierung, Verkürzung der stationären Aufenthalte in allen Kliniken, auch in der Psychiatrie, „StäB“ als stationsäquivalente Behandlung außerhalb der Klinik liegen im Trend, wenn auch mehr aus kostentechnischen Gründen als aus therapeutischen Überlegungen heraus entwickelt. So kommen wir zu der Frage, die das Thema meines heutigen Vortrags ist: lässt sich das Soteria-Konzept auch außerhalb einer Klinik, also im sozialpsychiatrischen Raum realisieren?

Meine erste Antwort ist kurz und knapp: Eigentlich geht das gar nicht! Ich habe es trotzdem gemacht: in drei Einrichtungen, die ich gegründet und geleitet habe, und die heute noch funktionieren, habe ich versucht, ein solches Konzept zu realisieren, von dem ich behaupte, dass es Soteria-gemäß sei.

Drei sozialpsychiatrische Einrichtungen – „SOTERIA-gemäß“?

1. Arbeitskreis Betreutes Wohnen e.V. Saarbrücken

www.arbeitskreis-betreutes-wohnen-saar.de

1983 Gründung

1985 erste betreute WG

heute ca. 80 Bewohner (betreutes Einzelwohnen und WGs)

1990 Eröffnung der Tagesstätte, ca. 70 Besucher wöchentlich

2. (Therapeutische) Betreute Wohngemeinschaften Esslingen: 1989 – 2002



seit 2002: **Offene Herberge e.V.** Stuttgart, gegründet Oktober 2000

www.offene-herberge.de

110 Mitglieder: meist Betroffene; Vorstand: nur Betroffene

2 WGs (9+6 Plätze), 2 Tagestreffs („Clubhaus“)

EUTB Beratungsstelle

Patenschaft und Organisation: EX-IN Kurse Baden-Württemberg, gegenwärtig 7. Kurs

3. Maison d'Espérance e.V., 2007 gegründet in Stuttgart

2008-2014 Ferienhaus in Südfrankreich, „Recovery-Wochen“



Haus der Hoffnung – Thüringen e.V., Bad Tabarz (Kreis Gotha)

www.hausderhoffnung-thueringen.de

gegründet Jan.2016, eröffnet Nov.2016 11 Bewohner,

Finanzierung: Sozialhilfe

Zunächst werde ich also begründen, warum es in Deutschland eigentlich nicht geht. Um dann in einem zweiten Teil darzustellen, wie es mir dennoch gelungen ist, solche Einrichtungen Schritt um Schritt aufzubauen. Im dritten Teil werde ich dann ausführen, warum ich glaube, dass diese Einrichtungen Soteria-gemäß sind.

1. Realisierbarkeit im bundesdeutschen Sozialhilfesystem

Wenn Soteria ein psychotherapeutisches Konzept ist (und das werden wir noch genauer beleuchten), dann geht das – zumindest in Deutschland – eigentlich gar nicht! Weil im außerklinischen Raum, etwa im Betreuten Wohnen oder in Tagesstätten, bisher einziger Kostenträger die Sozialhilfe ist, nach SGB XII, heute SGB IX; für Psychotherapie bzw. für die Kostenübernahme von psychotherapeutischem Personal wären aber die Krankenkassen zuständig, nach SGB V. Als ich 1989, im Jahr der Wende, beim Landeswohlfahrtsverband Baden-Württemberg eine Kostenvereinbarung für meine „Therapeutischen Wohngemeinschaften Esslingen“ beantragte, wurde mir gesagt: „Wenn Sie da Therapie machen wollen, müssen Sie sich an die Krankenkassen wenden!“ Und die erklärten mir wiederholt: „Das steht nicht in unserem Leistungskatalog!“ Das ist die Schizophrenie unseres sozialen Hilfesystems, mit der ich seit über 30 Jahren zu kämpfen hatte. Eine Mischfinanzierung zwischen Sozialhilfe und Krankenhilfe gibt es bis heute so gut wie nicht, außer Sie betreiben eine RPK (Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke), und dann müssten Sie eine berufliche Rehabilitation mit mindestens 50 Ausbildungsplätzen vorhalten; da müssten sich dann auch noch Rentenkasse und Arbeitsverwaltung mit beteiligen. Aber das wäre wohl nicht mehr Soteria. Die sollte klein und familiär sein: „*small is beautiful*“, und so waren meine Einrichtungen: kein Haus hatte mehr als 8 bis 10 Plätze.

Wie ging das dann trotzdem – denn ich habe in über 30 Jahren nacheinander drei solche Einrichtungen des Betreuten Wohnens geschaffen, in denen ich *versucht* habe, das Konzept psychotherapeutischen und milieutherapeutischen Handelns umzusetzen, allerdings mit einem enormen Kräfteaufwand. Unter anderem gelang mir das einmal, indem ich den Betreuungsschlüssel von 1:4 aus dem Betreuten Jugendwohnen für meine ersten Bewohner in Esslingen (die meist noch junge Erwachsene waren) übernehmen durfte, statt des allzu dürftigen üblichen Betreuungsschlüssels von 1:10 im Betreuten Wohnen – eine Abstufung nach Fallgruppen, je nach Schweregrad, gab es damals, um 1990, noch nicht. Dafür musste ich in mehreren Fällen die Kostenzusage bis zum Verwaltungsgericht erstreiten. So konnte ich wenigstens zwei Teilzeit-Mitarbeiterinnen bezahlen und ein halbes Sozialarbeitergehalt für mich selbst ausschlagen. (Ich arbeitete nebenbei in einer psychotherapeutischen Praxis, ohne diese hätte ich finanziell nicht überlebt.) Überhaupt ist hier zu sagen, dass es hierbei um sehr bescheidene Summen ging: für einen Bewohner bekamen wir pro Monat etwa so viel wie drei oder vier Tagessätze in einer psychiatrischen Klinik - Bei meinem „Haus der Hoffnung“ in Thüringen, seit 2016, versuchte ich, das seit 2008 gültige Gesetz zum „Persönlichen Budget“ anzuwenden, das ja ausdrücklich eine Mischfinanzierung vorsah, aber wiederum lehnten die Krankenkassen unverständlicherweise eine Kostenbeteiligung ab. Das Kreissozialamt in Gotha war so entgegenkommend, die entsprechenden Kosten allein zu übernehmen, aber nur als Notlösung, vorübergehend. Die Verhandlungen, jetzt auf der Basis des neuen SGB IX, dauern bis heute an, nachdem sich sogar die thüringische Sozialministerin Heike Werner (von der Partei der LINKEN) für uns einsetzte – mit dem bisherigen Ergebnis, dass die Krankenkassenvertreter anboten, die Leistungen für einen Psychologen/ Psychotherapeuten zu übernehmen, aber nur für einzeln abzurechnende Psychotherapie-Sitzungen. Dass der Psychologe/Psychotherapeut vor allem Teamleiter sein sollte, der das multiprofessionelle Team in der psychotherapeutisch konzipierten *Milieutherapie* anleitet, wurde nicht verstanden bzw. nicht als psychotherapeutische Leistung anerkannt. Das ist die traurige Bilanz bis heute. Also: es geht eigentlich nicht, in unserem bestehenden „schizophren“ gespaltenen Hilfesystem der BRD eine Soteria-ähnliche Einrichtung im außerstationären Rahmen zu etablieren.

2. Werdegang der Einrichtungen

Ich denke, ich komme nicht umhin, Ihnen nun in einem zweiten Teil den Werdegang meiner Einrichtungen in Kürze vorzustellen, bzw. wie ich überhaupt dazu kam, dies zu unternehmen. Und das geht weit hinter die Geschichte von Soteria zurück. Ich war 17 Jahre alt (wir befinden uns im Jahr 1956), als meine Mutter mich mitnahm zu einer ihrer Veranstaltungen bei einem caritativen Verband, wo sie bedürftige Personen, mehrheitlich Kriegswitwen mit entsprechendem Hintergrund, zu kulturellen Kaffeenachmittagen einlud. Diesmal war ein kleines Klavierkonzert angesagt, mit einer jungen ungarischen Meisterschülerin. Sie hatte zwei kleine Söhne dabei, drei bis vier Jahre alt, um die ich mich ein bisschen kümmern sollte. Das Konzert konnte noch nicht beginnen, weil meine Mutter im Nebenzimmer all ihre Überredungskünste zusammennehmen musste, während die junge Künstlerin erklärte, sie könne gar nicht Klavier spielen, und überhaupt wäre sie nichts wert und ihr Leben hätte keinen Sinn. Es dauerte ca. eine halbe Stunde, bis meine Mutter sie so weit gebracht hatte, dass sie hervor kam und sich grußlos ans Klavier setzte. Und dann spielte sie Chopin – so wunderbar, dass es mich tief bewegte. Zwei Wochen später erfuhren wir, dass sie den Gashahn aufgedreht und sich umgebracht hatte (das konnte man damals noch). Auf dem Friedhof – ein schreckliches Erlebnis mit den beiden total verstörten Kindern – bohrte sich mir die Frage ein, ob und wie man ihr nicht doch hätte helfen können und müssen.

Zweite Szene, etwa 10 Jahre später: ich begegnete einem jungen Mädchen, die mir hilfeschend erzählte, dass sie gerade durchdrehe, ihre Gedanken fingen an, von alleine zu laufen, ohne dass sie sie lenken oder stoppen könne; sie wusste, dass das eine beginnende Psychose sei (was sachlich richtig war). Was war passiert? Ihr alleinerziehender Vater war verweist, und sie hatte zu ihrem 18. Geburtstag – entgegen dem strikten Verbot des Vaters – ihren Freund mit nach Hause genommen und zum ersten Mal mit ihm geschlafen. Ich war ziemlich hilflos, selber noch Student, wusste nicht was man tun konnte, um ihre bohrenden Schuldgefühle zu besänftigen. Wir riefen ihren Onkel an, der prompt auch kam und sie mit zu sich nach Hause nahm. Als sie dort allerdings nachts vom Dach springen wollte, blieb auch ihm nichts anderes übrig als sie in die nächstgelegene psychiatrische Klinik zu bringen. Dort konnte ich sie eine Woche später, zusammen mit ihrem Vater, besuchen. Ich war entsetzt: sie stand sichtlich unter heftigen medikamentösen Drogen, ging wie eine Marionette, konnte kaum richtig sprechen und wiederholte bei dem erlaubten Spaziergang aus der geschlossenen Station heraus eine Stunde lang im Wald nur immer wieder den einen Satz: „Papa, Papa, hol mich hier raus!“ War es nicht anders möglich, ihr aus ihrem offenkundigen, scheinbar unlösbaren Konflikt heraus zu helfen, zwischen der Überich-haften Stimme des Vaters und dem mit tiefer Sehnsucht verspürten Drang des Lebens? Von da an stand für mich fest: ich würde Psychologie studieren (im Zweitstudium) und in der Psychiatrie arbeiten, um mit Mitteln der Psychologie (bzw. der Psychotherapie) Menschen zu helfen, aus ihrer seelischen Not heraus zu finden, die sie an den Rand der Existenz gebracht hatte.

So kam es, dass ich in Heidelberg Psychologie studierte, 1976 mit dem Diplom abschloss und mich gleich in einer psychiatrischen Klinik bewarb, in Saarbrücken, wo ich glücklicherweise unter 50 Bewerbern auch gleich genommen wurde. 1976 war das Jahr, in dem die sog. Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags veröffentlicht wurde – ich bin also ein direkter Zeitzeuge der deutschen Psychiatriereform von Anfang an, mit all ihren Phasen! In der Saarbrücker Klinik blieb ich 6 ½ Jahre, konnte glücklicherweise auch eine Psychotherapieausbildung machen, die dort erstmals angeboten wurde. Der Klinikalltag war freilich noch alles andere als psychotherapiefreundlich. Ich entwickelte mich gleichzeitig in diesen Jahren vom gehorsamen Sohn oder Schüler des patriarchischen Chefarztes zum

Assistentensprecher, was der Rolle eines Oppositionsführers entsprach. Als bekannt wurde, dass der Chef die Vergrößerung der Klinik auf das Doppelte plante, während er die einzige, von der Klinik organisierte kleine Wohngemeinschaft für Expatienten schließen ließ, weil dort mal jemand geklaut hatte, beschlossen wir – eine revolutionäre Truppe jüngerer Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen (alles echte 68er!) – einen gemeinnützigen Verein zu gründen, den „Arbeitskreis betreutes Wohnen“, dessen erster Vorsitzender ich war, und der bis heute sehr erfolgreich im Stadtverbandsgebiet von Saarbrücken ca. 80 Menschen im Betreutem Einzelwohnen oder in Wohngemeinschaften betreut. Zehn Jahre später kam noch eine vielbesuchte Tagesstätte hinzu.

Arbeitskreis Betreutes Wohnen Saarbrücken

www.arbeitskreis-betreutes-wohnen.de



Es war also gewiss nicht meine Einzelleistung, aber ich habe dort z.B. noch vor drei Jahren eine Fortbildung gehalten für das Team (dem u.a. mehrere Psychologen angehören, die idealistischerweise mit einer Bezahlung als Sozialarbeiter zufrieden sind) unter dem Aspekt, wie eine psychotherapeutische Grundhaltung aller Mitarbeiter für milieuthérapeutisches Arbeiten aussehen muss, nämlich unter der Maßgabe: „Drei Dinge braucht der Mensch: Bindung, Autonomie und Selbstwert“ (das ist mein therapeutisches Credo, das ich im Laufe der Jahre entwickelt habe, und über das ich gerade ein Buch zusammenschreibe).

Im Jahre 1983 verließ ich die psychiatrische Klinik (länger hätte ich es dort nicht ausgehalten) und habe noch sechs weitere „Lehr- und Wanderjahre“ in Esslingen bei Stuttgart verbracht, in einer kleinen psychosomatischen Abteilung am Städtischen Krankenhaus, bei einem weisen Psychoanalytiker als Chefarzt, von dem ich noch viel gelernt habe. Am Schicksal einer jungen Borderline-Patientin, die unter den liebevollen Blicken und Händen ihrer Therapeutin aufblühte, aber den Entzug von ihrer „guten Mutter“, die sie dort gefunden hatte, nicht überlebte, machte mir die Bedeutung der *Bindung* in der Psychotherapie schlaglichtartig deutlich, auch wenn ich die Theorie dazu erst ein Jahrzehnt später entdeckte (Bowlby's Bindungstheorie). Mir wurde überdeutlich klar, dass gerade wenn in der Klinik gut psychotherapeutisch gearbeitet wurde, dieser Prozess nicht nach 3 bis 6 Monaten abgebrochen werden kann, schon gar nicht nach 30 Tagen, was heute die Normdauer einer stationären Behandlung in der Psychiatrie ist. Kurz gesagt, im Jahre 1988 habe ich in unangemeldeter und unbezahlter Nebentätigkeit eine kleine Wohngemeinschaft gegründet, angefangen mit zwei Patientinnen, die eine mit extremer Angststörung, die andere mit einer tiefen Depression, die sich auch nach 7monatiger stationärer Psychotherapie noch „wie am Rande eines Abgrunds stehend“ fühlte (wörtliches Zitat). Beide wären allein in eigener Wohnung noch nicht überlebensfähig gewesen, und eine Rückkehr ins Elternhaus hätte einen Rückfall in pathogene Abhängigkeiten bedeutet. Beide haben dann nach zwei Jahren *therapeutischer Begleitung* im Betreuten Wohnen den Absprung in die Selbstständigkeit sehr wohl geschafft.

Das war der Anfang meiner zweiten Einrichtung, der „Therapeutischen Wohngemeinschaften Esslingen“ (die ich, wie schon erwähnt, später unter Vermeidung des Wortes „Therapeutisch“ in „Betreute Wohngemeinschaften Esslingen“ umbenennen musste). Im Jahre 2000 habe ich – in Vorausschau auf meine drohende Erreichung des Rentenalters (im Jahre 2004) – den Verein „Offene Herberge Stuttgart“ gegründet, der hauptsächlich aus Psychiatrieerfahrenen besteht (auch der Vorstand!), und dem ich meine Einrichtung (mit damals 7 Bewohnern) übergeben konnte. Mir schwebte vor, dass Betroffene am besten wissen müssten, wie ein *Recovery*-orientiertes Milieu gestaltet sein muss (dieses Schlagwort hatte inzwischen die Runde gemacht). Deshalb gab es von Anfang an dort auch psychiatrieerfahrene Mitarbeiter – etliche Jahre bevor Ex-In gegründet wurde, jene segensreiche Ausbildungsmöglichkeit zum Krisenbegleiter, die nunmehr seit vielen Jahren in Baden-Württemberg unter der Schirmherrschaft „meines Vereins“ durchgeführt wird (demnächst beginnt bereits der 7. Kurs!). Übrigens ist diesem Verein bzw. dessen kompetentem Vorstand in kurzer Zeit gelungen, wozu ich nicht in der Lage war: ein ganzes Haus zu kaufen und die Einrichtung finanziell auf sichere Füße zu stellen!

Haus Esslingen



2

Meine dritte Einrichtung entstand in Südfrankreich, im Languedoc, wohin mich meine (ebenfalls bewegte) Geschichte der persönlichen Beziehungen geführt hatte. Hier dachte ich, inmitten von Weinbergen, jeweils nur 30 km vom Mittelmeer wie vom Südrand des atemberaubenden Cevennen-Gebirges entfernt, den Rest meines Lebens entspannt zu verbringen, bei über 300 Sonnentagen pro Jahr! Natürlich wollte ich gleichzeitig noch etwas Gutes tun für die seelisch leidenden Menschen, für ich so lange schon gearbeitet hatte. Dorothea Buck, mit der ich freundschaftlich verbunden war, wünschte sich ja eine Art Ferienhaus an der Nordsee, wo psychisch angeschlagene Menschen sich erholen und in *heilsamem Milieu*, naturverbunden, in vorwiegend künstlerischer Beschäftigung „Recovery“ erleben sollten. Ich fragte sie, ob ein solches Haus nicht auch am Mittelmeer stehen dürfte – was sie natürlich bejahte und mir ein Grußwort zur Eröffnung meiner „Maison d’Espérance“ schickte. Das war 2008.



Beziehungsorientierte Behandlung
Was bedeutet das? Sonderfall SOTERIA?
„Maison d'Espérance“ als Modell
 Die Wichtigkeit von Beziehung in der Behandlung

Zwiefalten, 24.01.2016

Dipl.-Psych. Martin Urban
 Liebensteiner Str. 67
 99880 Waltershausen
 Tel. 036259-310596
 Mob. 0172-8722798
 martin.urban.es@web.de

Sechseinhalb Jahre lang hat dieses Haus existiert, 2012 kam noch ein zweites Haus im Nachbarort hinzu, jedes mit 5 Plätzen, alles wesentlich finanziert von sehr großzügigen Spenden eines befreundeten Ehepaars aus Deutschland. Die Besucher mussten nur eine bescheidene Zimmermiete bezahlen (die meist von den betreffenden Angehörigen gestiftet wurde). Nur in 3 Fällen schafften die Besucher es, ihr zuständiges Sozialamt davon zu überzeugen, dass diese „Urlaubsreise“ eine für ihre soziale Integration förderungswürdige Investition wäre. Teilweise kamen ganze Gruppen: Die Selbsthilfegruppen aus Freiburg und Heidelberg waren z.B. alljährlich meine Gäste, mehrmals auch ein Fahrradclub von Betroffenen aus Lüneburg. Viele andere kamen durch Mund-zu-Mund-Propaganda oder Berichte im BPE-Rundbrief oder in Zeitschriften wie der „Sozialen Psychiatrie“.

Mein „Fehler“ (wenn man so will) war es, dass ich im Laufe der Zeit immer kränkere Personen aufgenommen habe, die dann länger blieben, denen es auch sichtlich gut bekam, die aber auch mal psychotisch wurden, z.B. durch abruptes Absetzen ihrer Neuroleptika (wobei sie mir in die Hand versprochen hatten, dies nicht zu tun, sondern nur in den ärztlich empfohlenen kleinen Schritten). So machte ich auch leidvolle Erfahrungen mit der französischen Psychiatrie - ein Alptraum für die Betroffenen und auch für mich! Da einige meiner Besucher in solchen Zuständen auch in unserem Dorf auffällig und als „störend“ empfunden wurden, kam schließlich, was kommen musste: eine Visitation durch die Gesundheitsbehörde des Départements. Die Herren befanden, dass wir Personen bei uns aufgenommen hätten, die regelmäßig Psychopharmaka nahmen (nachweislich nicht von uns, sondern von ihren heimischen Psychiatern verordnet). Dennoch: sie seien psychisch *Behinderte*, und daher hätten wir die Genehmigung für ein Behinderte-Heim gebraucht! Das wollte ich natürlich überhaupt nicht, und es war auch nachträglich nicht zu legalisieren. Also wurden mir beide Häuser geschlossen! Das war im November 2014 – ein Schlag für mich, und für alle meine Besucher!

Eigentlich widerwillig gab ich meinen schönen Traum auf und kehrte nach Deutschland zurück, im Sommer 2015. Durch Freunde hatte ich bei meinen Deutschlandbesuchen zwischendurch den Thüringerwald entdeckt, dort war die Gegend und auch die Psychiatrielandschaft dünner besetzt, und die Immobilien billiger als im Westen. Sie ahnen es: ich führte etwas Neues im Schilde: in Deutschland ein „Haus der Hoffnung“ zu gründen, nicht ganz so Ferien-idyllisch wie in Südfrankreich, dafür aber regulär von den Ämtern anerkannt und gefördert. Mein erster Anhänger, der sich für diese Idee begeisterte, war der Bürgermeister meines Dorfes, ein ehemaliger Schulrektor, der schon in DDR-Zeiten sich tapfer für soziale Projekte eingesetzt hatte. Ihm hauptsächlich hatte ich es zu verdanken, dass die örtliche Kreissparkasse den Kauf einer schönen alten Villa im Nachbarort genehmigte.



Wir gründeten einen Verein, auch größtenteils mit Betroffenen, wobei es diesmal leider reichlich Beziehungsprobleme gab und bis heute gibt – die DDR-Vergangenheit samt Stasi-Verwicklungen haben wir dabei mitunter unheilvoll zu spüren bekommen. Dennoch, die Kosten-Verhandlungen mit dem Sozialamt liefen gut, und im November 2016 konnten wir das Haus eröffnen, mit maximal 10 Bewohnern. Das Konzept bewährte sich, die nächstgelegene Psychiatrie entdeckte uns, nachdem wir einige ihrer schwierigsten Patienten aufnehmen und in oft überraschender Weise fördern konnten. Ende 2018 habe ich, im 80. Lebensjahr stehend, den Vereinsvorsitz und die therapeutische Leitung abgegeben – ich dachte, jetzt ist es Zeit! Leider hat sich bis heute kein Psychologe/Psychotherapeut gefunden, der meinen Job dauerhaft übernehmen wollte. Immerhin fand sich ein neuer Vorsitzender, ein soeben in Ruhestand gegangener Landtagsabgeordneter der LINKEN, der mit sehr viel mehr Power als ich bei den Behörden auftreten konnte und die Einrichtung finanziell auf sichere Füße gestellt hat, auch wenn die Verhandlungen über die künftige Finanzierung noch nicht abgeschlossen sind.

3. SOTERIA-Konformität

Jetzt kommen wir zum dritten Teil, zu der spannenden Frage, ob das, was ich da veranstaltet habe, etwas mit Soteria überhaupt zu tun hat. Das muss ich Ihrer hoffentlich wohlwollenden Beurteilung am Ende meines Vortrags überlassen. Aber bitte nicht: eine Einrichtung „mit Soteria-Elementen“ – damit wäre ich nicht zufrieden. Ich strebe vielmehr das Zertifikat an: „Einrichtung aus dem Geiste des Soteria-Konzepts“.

Bevor wir auf die internen Kriterien des Soteria-Konzepts eingehen, möchte ich die Eigenschaften benennen, die die WHO bei ihrem Lob über die Soteria-Einrichtungen hervorhebt:

1. Die Freiheit von jedwedem Zwang, d.h. Respektierung der Grundrechte auf Freiheit und Selbstbestimmung gerade auch für behinderte Menschen, und
2. ein Recovery-orientierter Umgang mit psychisch kranken Menschen.

Zu 1.: **Freiheit** von jedem Zwang war für mich eine Grundvoraussetzung von Anfang an. Zwang unterminiert, ja verhindert jede positive Motivation zur Therapie. Insbesondere bei unseren häufigsten Krankheitsbildern wirkt Zwang unmittelbar kontratherapeutisch:

- bei der Depression: Sie kennen das Erklärungsmodell von Martin Seligman von der „erlernten Hilflosigkeit“. Unfreiheit, mangelnde Selbstbestimmung verstärkt demnach automatisch die Wirkfaktoren der Depression: als Unfreier, Eingesperrter, Zwangsmedizierter erlebt man sich erst recht als hilflos.
- bei der Paranoia erlebt sich der Betroffene als bedroht, umringt von einer feindlichen Umwelt, während ihm das Krankheitsgefühl fehlt - die andern sind ja verrückt! Die aber erlebt er im institutionalisierten Zwang der Klinik als Feinde statt als gutwillige Helfer. Wie sollte er sich da auf eine „vertrauensvolle therapeutische Beziehung“ einlassen?

Zu 2.: **Recovery-Orientierung** bedeutet Abschied vom gängigen „medizinischen Modell“, nach dem vielen Psychose-Patienten – bis heute noch! – gesagt wurde: „Sie haben eine chronische Krankheit, sie müssen ein Leben lang diese Medikamente nehmen“. Damit kommen wir unmittelbar zu den internen SOTERIA-Kriterien, unter denen als erste steht:

Psychose-Verständnis:

Gegenüber dem medizinischen Konzept der „Hirnstoffwechselstörung“ ist zunächst rein phänomenologisch festzuhalten, dass die Psychosen in die Gruppe der „außergewöhnlichen Bewusstseinszustände“ gehört, wie auch der Traum, der Rausch, das Hyper-Arousal, die Ekstase, die Dissoziation oder das Schlafwandeln. Ich muss gestehen, dass meine Wissenschaft, die Psychologie, sich diesem interessanten Gegenstand bisher leider nicht sehr intensiv gewidmet hat. Auffällig ist jedenfalls, dass die Mehrzahl dieser Zustände rein psychogen, also ohne vorausgehende biochemische Veränderungen, ausgelöst wird. Ich habe genügend Beispiele kennen gelernt, in denen die Auslösung der Psychose eindeutig durch psychische Erlebnisse bzw. Erschütterungen ausgelöst wurden – siehe unser Beispiel von dem 18jährigen Mädchen zu Anfang. Es gibt daneben auch die sog. exogenen Psychosen, z.B. halluzinatorische Phänomene nach dem übermäßigen Genuss von Alkohol oder chemischen Drogen, bzw. auch beim *Entzug* von solchen Substanzen.

Prinzipiell kann jeder Mensch durch entsprechende Umstände in einen psychotischen Zustand gebracht werden. Totalitäre Systeme haben sich das zunutze gemacht und ihre Gefangenen durch Isolation und längerdauernde sensorische Deprivation, durch Schlafentzug mit Propaganda-Dauerbeschallung „um den Verstand gebracht“. Antoine de Saint-Exupéry erzählt einmal von einem Erlebnis bei einer Notlandung in der Sahara, wo er nach langem Durstmarsch durch die Wüste glaubte, eine Oase gefunden zu haben, und in die Arme einer hilfreichen Beduinin sinkt – um dann in den Armen seines am Flugzeug gebliebenen Kameraden aufzuwachen. Unser bekannter Psychiater-Kollege Erich Wulf berichtete freimütig von drei psychotischen Episoden, in die er in sehr belastenden Situationen, z.B. als junger Soldat im 2. Weltkrieg, geraten war.

Daraus folgt: Psychosen sind seelische Ausnahmezustände, in die ein Mensch – jeder Mensch! – geraten kann, wenn seine psychischen Verarbeitungsfähigkeiten durch emotional überfordernde Erlebnisse einbrechen und er „den Verstand verliert“, d.h. das Erlebte rational nicht mehr verarbeiten kann. „Wer über gewisse Dinge den Verstand nicht verliert, der hat keinen zu verlieren.“ Dieser treffende Satz stammt von Gotthold Ephraim Lessing (*in*: Emilia Galotti), ein Jahrhundert vor Erfindung der Psychiatrie. Michael Dümpelmann referierte einmal als Forschungsstand, dass bei ca. 40 % der psychotischen Erkrankungen vorausgegangene traumatische Erlebnisse nachweisbar seien. Die Beschreibung der psychotischen Disposition als „Defizit des Informations-Verarbeitungssystems“ trifft also nur halb, es handelt sich primär um eine *emotionale* Störung, die unser normales Informationsverarbeitungssystem durcheinander bringt. Ich verweise hier auf Luc Ciompi's Konzept der „Affektlogik“. Ein Training des Informationsverarbeitungssystems kann demnach – jedenfalls allein – keine wirksame Therapie der Psychosen hergeben, ebenso wenig wie eine „kognitive Umstrukturierung“.

Dann stellt sich die Frage, warum sind unter den vielen Menschen, die Traumatisches erlebt haben, z.B. im Krieg, verhältnismäßig wenige an Psychosen erkrankt? Man spricht allgemein von einer speziellen Disposition, wobei – nach dem bio-psycho-sozialen Modell – neuronale, biochemische und auch frühe psychische Einflussfaktoren mitspielen könnten. So weit, so gut. Aber wir wüssten schon gern genauer, was diese Disposition ausmacht. Da gibt es immer noch Forscher, die nach einem Schizophrenie-Gen suchen, bzw. nach einer entsprechenden Gen-Kombination. Auf der anderen Seite statuiert ein psychoanalytischer Autor, Joachim Kipp (1996), schlicht und einfach, die Psychose sei „das Ergebnis einer Beziehungskatastrophe“. Das lässt aufhorchen. Tatsächlich wissen wir – trotz 70 Jahren Bindungsforschung – noch viel zu wenig darüber, was für ein Kleinkind ein Trauma oder eine Katastrophe sein kann.

Fasziniert hat mich, was der Babyforscher **Daniel Stern** in seinem Buch „Die Lebenserfahrung des Säuglings“ (1985) über die Entwicklung des „Kern-Selbst“ (*the Core Self*) im 2. bis 6. Lebensmonat schreibt: das ist die Phase, wo das Kind nach Abschluss der ersten Orientierungsphase, in der es die einströmende Reizflut zu sortieren und einzuordnen gelernt hat, nach der spontanen Äußerung des „ersten sozialen Lächelns“ Kontakt mit der Umwelt aufnehmen kann und möchte, dabei aber noch nicht mobil ist, d.h. noch nicht krabbeln kann und strikt darauf angewiesen ist, dass jemand kommt und ins Körbchen hinein schaut und mit dem Kind in irgend einer Weise in *Dialog* tritt. Das vermittelt dem Kind eine vierfache Art von Selbsterfahrung, die Stern mit den Begriffen Autorschaft, Selbst-Kohärenz, Selbst-Affektivität und Selbst-Geschichtlichkeit umschreibt. Diese elementaren Arten der

Selbsterfahrung – die wohl gemerkt nur im Dialog entstehen! – seien für die psychische Entwicklung des Menschen unabdingbar.

Daniel N. Stern (*1934):
The Interpersonal World of the Infant (1985)
deutsch: Die Lebenserfahrung des Säuglings

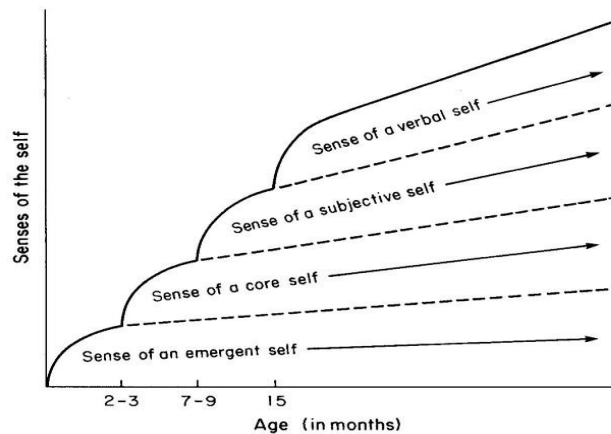


Figure 2.2

Wörtlich schreibt er: „Nur bei schweren Psychosen lässt sich eine defizitäre Entwicklung in einem dieser Selbsterfahrungsbereiche beobachten. So manifestieren sich (1.) in der Katatonie, bei hysterischer Paralyse, Derealisation und bestimmten paranoiden Zuständen, in denen die Handlungsurheberschaft ausgehebelt wird (Gefühl der Fremdsteuerung), ein fehlendes Gefühl der *Urheberschaft*. (2.) Ein mangelndes *Kohärenzempfinden* kann in Depersonalisations- und Fragmentierungszuständen sowie im psychotischen Verschmelzungs- oder Fusionserleben manifest werden. (3.) Mangelnde *Affektivität* lässt sich in der Anhedonie bestimmter Schizophrenien beobachten (und allgemein in der bekannten Gefühlsentfremdung vieler schizophrener diagnostizierter Personen, *Anm. von mir*); (4.) das fehlende *Kontinuitätsempfinden* (manifestiert sich) in Fugue- oder anderen Dissoziationszuständen“ (S.70; dt. Ausgabe 1992, S. 107).

Ich war perplex, als ich diesen Text zum ersten Mal las, und wundere mich noch heute, dass er so gut wie keine Resonanz in der psychiatrischen Wissenschaft gefunden hat. Jedenfalls haben wir hier die Grundlagen für eine dezidierte Theorie über die Entstehung der Ich-Störungen, oder auch der sogenannten „Basis-Störung“, nach der man lange gesucht hat (allerdings mehr im neurobiologischen oder erbgenetischen Sinne), und die das spätere Ausbrechen einer sog. schizophrenen Erkrankung in emotional überfordernden Krisensituationen anbahnen kann.

Kurzer Sinn dieser etwas lang geratenen Ausführungen soll sein, aufzuzeigen wie man ein wissenschaftlich vertretbares Verständnis der Psychosen als *psychogenes* Geschehen haben kann, und dass ich ein solches unbedingt jedem psychiatrischen Behandlungsansatz zugrunde gelegt wissen möchte. Ich jedenfalls könnte anders nicht arbeiten in einer psychiatrischen Einrichtung und fühle mich darin einig mit der Soteria-Gemeinschaft.

Therapieverständnis:

Wo die Störung herkommt, da muss auch die Therapie ansetzen! Diese allgemeine Maxime können wir gut auf das Soteria-Konzept anwenden: Wenn es stimmt, dass Psychosen als „Reaktion auf eine Beziehungskatastrophe“ verstanden werden können, dann kann eine ursächliche Behandlung nur durch *heilsame Beziehungserfahrungen* geschehen. Ich danke Ihnen, Herr Nischk, dass Sie mir in der Einladung zu diesem Vortrag eine Steilvorlage geliefert haben, indem Sie das Soteria-Modell als „beziehungsorientierte Milieuthérapie“ titulierte haben. In der Tat ist die *Beziehungsorientierung* das Kernstück des Therapieverständnisses im Soteria-Modell. Ich weiß nicht, ob es Luc Ciompi war oder schon Lauren Mosher, der die Devise ausgegeben hat, man solle mit einem Menschen in der akuten Psychose umgehen „wie mit einem fieberkranken Kind“. Das ist Bindungstheorie pur: „*to be with*“, aber ich habe versprochen, dass ich darüber heute keinen Vortrag halten werde. Ich berufe mich stattdessen hier auf einen Systemiker, Arnold Retzer, der schreibt (in meinem Buch „Psychotherapie der Psychosen“ 2000, S.68ff): ein Mensch in der Psychose benimmt sich wie ein Exkommunizierter: er redet unverständlich oder gar nicht, weil er sich von der Gesellschaft (oder der Familie) ausgeschlossen fühlt und er sich deshalb – gewissermaßen zur Strafe – auch nicht bemüht, mit der Umwelt sinnvoll zu kommunizieren. Die therapeutische Strategie heiße daher: „Wiedereinführung des Exkommunizierten in Kommunikation“. Das klingt einleuchtend und wie eine Erläuterung zum genannten beziehungsorientierten Ansatz.

Eine Voraussetzung muss ich dabei nennen: dieses Konzept kann nur aufgehen, wenn wir davon ausgehen dürfen, dass der psychotisch erkrankte Mensch nicht von Natur aus eine autistische Veranlagung hat, die ihn für uns Normalmenschen (incl. Psychotherapeuten!) prinzipiell unerreichbar werden lässt. Freud hatte ja postuliert, mit Menschen, die an einer Psychose erkrankt sind, könne man prinzipiell keine Psychotherapie – im Sinne der Psychoanalyse – machen. Aber da hilft uns tatsächlich die Bindungsforschung weiter: John Bowlby hat aufgezeigt, dass das Bindungsbedürfnis ein *angeborener Trieb* in jedem Menschen ist (wie die Libido oder die Aggression). Wenn sich also bestimmte Personen – psychotische oder auch antisoziale – der Kommunikation verweigern, so geschieht das nicht, weil sie das anlagebedingt nicht könnten, sondern weil die Enttäuschungen über misslungene oder fehlende Kommunikation sie verbittert und zum inneren Rückzug veranlasst haben – also als „Ergebnis einer Beziehungskatastrophe“.

Wir haben hier ein Paradoxon: Personen mit einer solchen Diagnose wünschen sich, wie jeder von uns, eine tragende, wärmende, verstehende Beziehung, aber zugleich haben sie eine traumatisch bedingte, schreckliche Angst vor Nähe – weil diese nach ihrer Erfahrung übergriffig, vereinnahmend sein könnte und das schwache Ich sich gefährdet sieht. Ich habe einmal einen jungen Mann als Patienten verloren, weil ich ihm zu nahe kam und er deshalb vor mir fliehen musste. Ich hatte offensichtlich seine eigenen Gefühle besser verstanden als er selbst – er vergötterte immer noch seine geschiedene Frau, die ihm untreu geworden war und nach der Scheidung das Besuchsrecht zu seinen drei Kindern gerichtlich hatte verbieten lassen. Mir war klar, dass er ihr gegenüber nicht nur Gefühle der Verehrung und Liebesschmerz haben musste, sondern zugleich eine abgründige Wut. Und dieses verdrängte bzw. abgespaltene Gefühl ließ er immer wieder mal an völlig unschuldigen jungen Frauen raus, indem er sie laut beschimpfte, was meist in Kneipen geschah, wo es dann zu Schlägereien mit deren Kavalieren kam, bis die Polizei eingriff und ihn wieder mal in die Psychiatrie brachte. Er wollte eigentlich gar keine Therapie machen, weil er sich ja nicht krank fühlte – er war nur bereit, sich auf Initiative seiner Mutter ab und zu mit mir auf ein Bier zu treffen. Das tat ich denn auch, und das einzig Therapeutische was ich dabei anbringen

konnte war, dass ich von *meinen* Gefühlen sprach, die ich an seiner Stelle gehabt hätte, nämlich tiefe Enttäuschung und Wut. Etwa ein Dreivierteljahr später, am Ende eines abermaligen Psychiatrieaufenthalts, sagte er doch, zum maßlosen Erstaunen seiner Mutter, er wisse ja dass seine Exfrau nicht unschuldig daran wäre, dass er so krank geworden sei. Seitdem kam es kein einziges Mal mehr zu solchen Aggressionsausbrüchen und nachfolgenden Klinikeinweisungen – aber er wollte er sich auch nicht mehr mit mir treffen. Seiner Mutter erklärte er auf Nachfrage, ich würde ihn bei unseren Treffen hypnotisieren, um ihm die PIN von seiner Bankkarte zu entlocken und so an sein Geld heran zu kommen! Dass ich seine Gefühle besser kannte als er selbst, war ihm offensichtlich unheimlich und eine bedrohliche Form von Nähe. Um die Geschichte zu Ende zu erzählen: Ich schrieb ihm daraufhin einen „wütenden“ Brief, in dem ich mich künstlich darüber aufregte, dass er mir eine solche Gemeinheit zutraute! Es stimme zwar, dass ich als Psychotherapeut an den Therapien verdiene, aber ich könnte ihm versichern, dass ich noch nie einen Patienten finanziell ausgenommen hätte. Erst recht nicht ihn, wo ich doch wüsste, dass er all sein (in einer WfB mühsam verdientes) Geld für seine Kinder aufsparen würde! Ich rechne mir dies als gute Tat an: dass ich einen paranoisch geprägten Menschen davor bewahrt habe, sich lebenslang von einem übermächtigen, allwissenden Psychotherapeuten-Gespenst verfolgt zu fühlen – sollte er mich lieber für einen „ehrenkäsigen“ Therapeuten-Schnösel halten, der sich auch nur allzu menschlich verhält, wie eine beleidigte Leberwurst!

Fazit: Vorsicht bei der Herstellung von zwischenmenschlicher Nähe mit psychotisch erkrankten Menschen! Das gilt auch für die Psychotherapie (die ich natürlich grundsätzlich bejahe und fordere), aber die Beziehungsgestaltung muss hier sehr vorsichtig bedacht und schrittweise ausgebaut werden. Das Angebot von zu viel emotionaler Nähe wird ein psychotisch Erkrankter als verdächtig und gefährlich empfinden. Nicht selten musste ich meinen Kandidaten für das Betreute Wohnen vor ihrer Zustimmung zur Aufnahme versprechen, mit ihnen „keine psychologischen Gespräche“ zu führen! (Man bedenke das Paradoxe dieser Forderung, gerade für mich!) Das versprach ich dann aber auch, guten Gewissens – denn nach einiger Zeit kamen sie von selbst mit entsprechenden Wünschen auf mich zu. Wir dürfen uns hier (und wie ich meine, auch generell in der Psychotherapie) nicht als Guru oder von Freundschaftsgefühlen geleiteter netter Bruder oder Papa anbieten, sondern zurückhaltend, als eine Art Coach, der dafür angestellt ist, das soziale Chaos um ihn herum und in seinem Inneren schrittweise aufzulösen. Es ist eine völlig unrealistische Forderung, wenn in der früheren S3-Leitlinie zur Schizophrenie geschrieben stand, eine stabile vertrauensvolle Arbeitsbeziehung sei Voraussetzung für die Anwendung von Psychotherapie bei diesen Patienten. Es ist umgekehrt: die vertrauensvolle Beziehung ist nicht Eingangsvoraussetzung, vielmehr das *Ergebnis* einer gelungenen Psychotherapie mit Menschen dieser Diagnosegruppe!

Einzel- oder Gruppenpsychotherapie versus Milieuthherapie

Was sagt uns das über das Verhältnis von formeller (Einzel- oder Gruppen-) Psychotherapie und Milieuthherapie, bezogen auf das Soteria-Konzept? Ich hatte einen heftigen Disput mit dem ersten Leiter der Soteria in Zwiefalten, dem Psychologen-Kollegen Ulrich Annussek, anlässlich eines Fortbildungstages mit seinem Team (das ist ca. 20 Jahre her!), ob Soteria ein psychotherapeutisches Konzept sei oder nicht. Ich sagte JA, er sagte NEIN. Heute glaube ich, wir hatten beide recht! Soteria ist fundamental ein milieutheraeutisches Konzept, d.h. die gesamte Einrichtung, von der Gestaltung der Räumlichkeiten über den Tagesablauf, das Programm und vor allem die Weise des Umgangs des Personals mit den Bewohnern muss aus

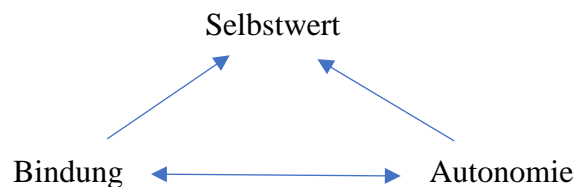
psychologischen und psychotherapeutischen Erwägungen heraus durchdacht und gestaltet werden. Und das hat psychotherapeutische Wirkung, obwohl es keine Psychotherapie im Sinne der kassenfinanzierten „Richtlinienpsychotherapie“ ist.

Vor ziemlich genau 20 Jahren veranstaltete der Paritätische Wohlfahrtsverband Rheinland-Pfalz/Saarland eine Tagung mit dem provokanten Titel: „Schöner Wohnen bei leeren Kassen“. Da hielt ich einen Vortrag mit dem ebenso provokanten Titel: „Psychotherapie am Küchentisch“. Ich konnte dort am Beispiel einer schwer kontaktgestörten Bewohnerin meiner Einrichtung zeigen, wie das Miteinander beim Abwaschen oder bei der Essenvorbereiten in der Küche der „Spielraum“ war, in dem ich mit ihr ins Gespräch kommen und ihr das Gefühl von Ernstgenommen-Werden vermitteln konnte. Und das ist wahrhaftig ein psychotherapeutisches Ereignis.

Was für ein Milieu braucht der psychisch erkrankte Mensch, im Kontrast zu der krankmachenden Umwelt, die er zuvor erlebt hat? Früher habe ich das mit den folgenden Schlagworten umrissen (Urban 2013):

Freiheit, Selbstbestimmung
„De-Institutionalisierung“, natürliches (Gemeinschafts-)Leben
Respekt vor dem Individuum und seinen Bedürfnissen
Glaube an die Entwicklungsfähigkeit jedes Einzelnen
Herzlichkeit, Präsenz, Nähe

Heute bevorzuge ich meine Zauberformel, die ich im Laufe der Zeit aus der Bindungstheorie heraus entwickelt habe, und die heißt, wie schon erwähnt: „Drei Dinge braucht der Mensch: Bindung, Autonomie und Selbstwert“.



Nach meiner Überzeugung sind das die entscheidenden Faktoren, weil aus den psychischen *Grundbedürfnissen* des Menschen abgeleitet, die für die heilsame, und das heißt auch: therapeutische Wirkung eines Gemeinschaftslebens verantwortlich sind, bzw. deren Fehlen sich schädlich und schädigend auf jeden Menschen auswirkt. Das Etikett „bedürfnisorientierte Behandlung“ (*need-adepted treatment*) sollte eigentlich für diesen Ansatz reserviert bleiben.

Formelle Einzel- oder Gruppenpsychotherapie können hinzu kommen, sind sogar erwünscht und wären eine ideale Kombination – aber nur wenn der Patient in seiner Entwicklung und in seiner momentanen Verfassung an einem Punkt ist, wo er in der Lage ist, sich auf einen solchen (intensiven, meist längerfristigen) interaktiven Prozess einzulassen.

Ich hatte im Februar 2004 in Hamburg das Glück, Loren Mosher noch persönlich zu hören bei seinem letzten Vortrag, den er kurz vor seinem Tod (im Juli 2004) noch in Deutschland gehalten hat. Als erläuterndes Beispiel für sein Behandlungskonzept erzählte er den Fall eines jungen Mädchens, das offenbar nach einem sexuellen Missbrauchserlebnis in einen psychotischen Zustand verfallen war. Das Personal (es war nicht von Arzt oder Psychotherapeut überhaupt die Rede!) vermittelte eher so etwas wie ein „Debriefing“, eine Kurzintervention nach Trauma-Ereignissen: das half ihr, die Gefühle nach diesem Schockereignis zu sortieren, baute ihr verletztes Selbstwertgefühl wieder auf und half ihr die Dinge zu regeln, die durch diesen Zwischenfall durcheinander geraten waren. Sie war zwischendurch zu diesem Zweck entlassen worden, kam dann nochmals für einige Zeit zurück – dann war sie offenbar „geheilt“, nach insgesamt 12 Wochen. D.h. mit Hilfe des ihr gebotenen „social support“ (der wichtigste Faktor in der Resilienzforschung!) konnten ihre Selbstheilungskräfte wirksam werden und ihr zum „Recovery“ verhelfen. – Zugegeben, nicht immer geht das so leicht. Chronifizierte „Persönlichkeitsstörungen“ erfordern einen viel intensiveren, sehr geduldigen psychotherapeutischen Einsatz, um das anhaltende Leiden dieser Menschen zu reduzieren und ihr Leben erträglicher zu machen. Wenn dazu phasenweise oder länger anhaltend eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, so ist sicherlich eine nach dem Soteria-Konzept geführte Einheit – innerhalb oder außerhalb der Klinik – die beste „Psychotherapiestation“ die man sich denken oder wünschen kann.

Träger der Milieuthherapie ist also nicht ein einzelner Psychotherapeut, sondern das *gesamte Team*. Jedes Teammitglied hat eine eigene persönliche Beziehung zum Patienten und stellt diese in den Dienst des gemeinsam erzeugten „heilsamen Milieus“. Das gilt auch für Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Laienhelfer oder Ex-In-Genesungsbegleiter. Deshalb sind die gemeinsamen Teambesprechungen für den therapeutischen Prozess entscheidend wichtig. Diese Verlaufsbesprechungen, jede Woche über den momentanen psychischen Zustand und die Entwicklung jedes einzelnen Bewohners, habe ich konsequent durchgehalten, wie auch die monatliche Supervision mit dem ganzen Team. Dafür bin ich jahrelang z.B. mit meinen zwei Mitarbeiterinnen aus Esslingen mit dem Auto bis nach Ulm oder gar bis München gefahren, für eine gute Supervision bei einem Psychoanalytiker, der auch über hinreichend sozialpsychiatrische Erfahrung verfügte.

Noch ein paar kurze Gedanken zu den anderen psychiatrischen, „nicht-psychotischen“ Diagnosegruppen. Ich erwähnte schon anfangs, dass da gegebenenfalls gewisse Anpassungen des Soteria-Konzepts nötig sein werden. Die 1:1 Krisenbegleitung hat sich zweifellos sehr bewährt als ein Kernmerkmal des Soteria-Konzepts bei der Psychosenbehandlung. Ich meine, dass das nicht so trifft z.B. bei Menschen in einer tiefen Depression. Natürlich ist die intensive, empathisch zuhörende Zuwendung seitens des Personals hier ebenso wichtig, aber das könnte von mehr als einer Person kommen, zumal der Einsatz ergänzender künstlerischer Therapieverfahren hier besonders hilfreich sein kann. – Bei Borderline-Patienten wiederum brauchen Sie wenigstens zwei Betreuer, damit er sie gegeneinander ausspielen kann. – Pardon, das war natürlich ein schlechter Scherz! Ich meine natürlich umgekehrt, dass nur in einem Team von mehreren Mitgliedern die unterschiedlichen Anteile seiner Persönlichkeit ins Blickfeld kommen. Zur Qualität eines guten Teams gehört es eben, dass es sich *nicht* spalten lässt, indem jeder glaubte, er sei der beste Therapeut für den Patienten, sondern dass sie in echter therapeutischer Kooperation dem Patienten helfen, seine gespaltenen Persönlichkeitsanteile zu *integrieren*. – Bei Angst- und Panikpatienten schließlich geht es darum, dass das „innere Kind“ Bindungssicherheit gewinnt und nicht im emotionalen Zustand der „Achten-Monats-Angst“ verbleibt, in dem es – wie wir alle! – die Trennung von der Mutter panikartig, als tödliche Bedrohung erlebt hat. Hier muss die verstärkte

Abhängigkeit vom Therapeuten als vorübergehendes notwendiges Phänomen in Kauf genommen und ausgehalten werden, um den Prozess einer *nachholenden Autonomie-Entwicklung* zu ermöglichen. Auch das ist besser im Team einer milieutherapeutischen Einrichtung als im Setting einer Einzelpsychotherapie zu bewerkstelligen, da der ängstliche Mensch, wie schon das Kind – laut Bindungsforschung –, sich stets eine *Hierarchie* von Sicherheit-gebenden Personen bildet. Zudem sind wir vom Team dabei, wenn er im Alltag seinen Panikanfall bekommt, anstatt dass er uns Tage später in der Psychotherapiesitzung davon erzählt.

Messbare Erfolge der Milieutherapie?

Kann man den Erfolg einer derart gestalteten „Milieutherapie“ mit wissenschaftlichen Methoden messen? Ich habe mehrfach versucht, ein Universitätsinstitut für eine wissenschaftliche Begleitforschung meiner Einrichtungen zu finden. Leider sind diese Versuche alle gescheitert; immerhin waren dabei Namen wie Prof. Kächele in Ulm und Prof. Bernhard Strauß in Jena, letzterer ist sozusagen der Papst der deutschen Bindungsforschung! So habe ich mich selbst ans Werk gemacht und versucht, mit den Bewohnern meines Betreuten Wohnens in Esslingen wenigstens so etwas wie eine Pilot-Studie hinzukriegen. Das ist natürlich keine „kontrollierte, randomisierte“ Vergleichsuntersuchung, wie sie für die Anforderungen einer „evidenz-basierten Medizin“ verlangt wird. Aber immerhin: Ich habe, zusammen mit meinen zwei Mitarbeiterinnen, die Bewohner meiner betreuten Wohngemeinschaft in Esslingen am Anfang und am Ende ihres ein- bis zweijährigen Aufenthalts (längere Kostenzusagen gab es nicht) anhand eines einfachen, selbstgebastelten Ratingverfahrens eingeschätzt, ob sich ihr „Bindungserhalten“, d.h. ihr Vertrauensverhältnis zu uns Betreuern, aber auch gegenüber Kameraden, Freunden, ggf. Familienangehörigen verbessert hatte. Das Ergebnis sehen Sie hier:

Veränderungen der Bindungsqualität, gemessen auf einer 4stufigen Skala

(0 = fast kein Vertrauen, bis 3 = vertrauensvoll)

(nach Urban, 2005, S.92)

	Gruppe 1 (Persönlichkeitsstörungen) N = 21	Gruppe 2 (Psychosen) N = 18
Bindungsqualität		
zu Beginn	0,6	0,2
am Ende der Maßnahme	1,6 (+ 1,0)	1,15 (+ 0,95)
spätere Veränderungen (N = 9 + 9)	+ 0,65	+ 0,45

Ich meine, dass sich dieses Ergebnis sehen lassen kann. Wachstum an Vertrauens- und Bindungsfähigkeit mit einem Sprung von einer ganzen Stufe auf einer vierstufigen Skala bedeutet für die künftige Lebensgestaltung dieser Personen einen erheblichen Sprung nach oben: die Chancen für Teamfähigkeit im Beruf, in einem Freundeskreis oder für die Gründung einer dauerhaften Beziehung oder Familie verbessern sich damit erheblich, und damit auch ihre Chancen in ihrem künftigen Leben. Zugleich sind das klare Anzeichen für Krankheitsbewältigung, für „Recovery“. Ich habe das „nachholende Bindungsentwicklung“ genannt, und das gibt es offenbar!

Schlussbemerkung

Ich habe Ihnen die Geschichte meiner drei Einrichtungen des Betreuten Wohnens erzählt und zur Erörterung gestellt, ob Sie darin etwas Soteria-Ähnliches oder Soteria-Gemäßes entdecken konnten. Ich bin auf Ihr Echo gespannt.

Wenn Sie mich fragen, ob ich mit dem von mir Erreichten zufrieden bin, so muss ich wiederum mit „JEIN“ antworten. JA insofern als mir diese Arbeit selbst viel Freude gemacht und einen reichen Erfahrungsschatz gebracht hat. Und offensichtlich vielen psychisch kranken Menschen eine entscheidende Hilfe gebracht hat. NEIN insofern als die Anerkennung dieses von mir beschrittenen Weges als Modell für die Zukunft bisher ausgeblieben ist. Die Psychiatriewelt hat davon bis heute kaum Kenntnis genommen, und selbst unter meinen Psychologen-Kollegen fand sich bisher keiner der bereit war, mir auf diesem allerdings im Anfangsstadium sehr dornenreichen Weg nachzufolgen. Aber die Hoffnung stirbt zuletzt: beides könnte sich ja noch ändern!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Literatur

- Kipp, J. (1996), Beziehung und Psychose. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag.
- Retzer, A. (2005), Psychotherapie der Psychosen: Der systemische Ansatz. In: Urban, M. (Hg), Psychotherapie der Psychosen. Konzentrische Annäherungen an der Weg der Heilung. Lengerich: Pabst (2000).
- Stern, D.N. (1985), The Interpersonal World of the Infant. New York: Basic Books. dt: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta (1992).
- Urban, M. (2005), Erwachsenen-Psychiatrie: Chance nachholender Bindungsentwicklung? In: Urban, M.; Hartmann, H.P. (Hg), Bindungstheorie in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 83-95.
- Urban, M. (2013), Alternativen zur Psychiatrie – wie geht das? Fünf Jahre „Maison d’Espérance“ in Südfrankreich. Sozialpsychiatrische Informationen 43, Heft 4, S.48-50.

