

Soteriahuis in de huidige ggz; kleinschalige milieutherapeutische benadering voor opvang bij eerste psychotische episode

L. VAN BOUWEL

ACHTERGROND Zowel in Nederland als België zijn de laatste decennia ambulante benaderingsmogelijkheden gecreëerd om patiënten met een psychotische episode een effectieve behandeling aan te bieden, dankzij de uitbouw van mobiele teams. Indien het thuismilieu de persoon in crisis niet langer kan opvangen, wordt deze meestal naar een ziekenhuis doorverwezen. De breuk met het gewone leven en het bijbehorend stigma worden vaak door de patiënt zelf en zijn familie als zeer ingrijpend ervaren.

DOEL Exploreren in welke mate een Soteriahuis een plaats kan hebben in de huidige zorg voor mensen met een eerste psychotische episode.

METHODE Beschrijving van de werkwijze van een Soteriahuis en reflectie aan de hand van de literatuur.

RESULTATEN De Soteriabenadering biedt een laagdrempelige, destigmatiserende benadering voor mensen in een psychotische crisis, maar tot dusver is er onvoldoende wetenschappelijk evidentie naar effectiviteit. Ze leidt echter wel tot een grotere tevredenheid bij patiënten en hun familieleden dan een reguliere ziekenhuisopname.

CONCLUSIE Een Soteriahuis kan voor de opvang van een patiënt met een acute psychotische crisis een zinvol alternatief bieden voor het ziekenhuis. Bovendien kunnen uit het Soteriamodel een aantal elementen overgenomen worden die zowel de ambulante als klinische behandeling van een psychotische episode ten goede komen. Dit model vraagt echter grondiger onderzoek naar effectiviteit vooraleer conclusies naar implementatie getrokken kunnen worden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)1, 54-61

TREFWOORDEN destigmatisering, herstel, psychotische crisis, Soteriahuis



Zowel in Nederland als in België zijn de laatste decennia ambulante benaderingsmogelijkheden gecreëerd om jongvolwassenen met een psychotische episode een effectieve behandeling aan te bieden. De behandeling kan gedaan worden door generalistische mobiele crisisteams (België) of door vroege interventieteams voor psychose (VRINT of VDIP in België en VIP in Nederland) en *intensive home treatment* (IHT). De laatste twee hebben in Nederland reeds meer ingang gevonden dan in België. Indien een opname

toch noodzakelijk wordt, gebeurt deze op een minder invasieve en traumatiserende manier doordat de persoon geleidelijk naar de opname begeleid kan worden door het ambulante interventieteam. Dankzij de naadloze terugkeer naar het ambulante team voor nazorg, kan de behandelingsduur in het ziekenhuis aanzienlijk worden ingeperkt, wat de continuïteit van zorg ten goede komt. Ondanks deze vooruitgang, die geleid heeft tot een grotere subjectieve tevredenheid bij de personen in crisis en bij

hun familieleden, blijft men toch botsen op nadelen die inherent zijn aan een opname in het psychiatrisch ziekenhuis. Een dergelijke opname in een onnatuurlijke omgeving - hoe humaan en laagdrempelig die ook wordt georganiseerd - kan de emotionele ontredde en de vervreemding van de psychotische ervaring nog versterken. De breuk met het gewone leven en ook het bijbehorend stigma worden vaak door de patiënt zelf, maar ook door zijn of haar familie, als zeer ingrijpend ervaren.

Centraal in deze bijdrage is de vraag of de oprichting van een kleinschalig Soteriahuis een alternatief kan bieden voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een bijkomende vraag luidt: zouden we van het Soteriadenken iets kunnen leren over de manier waarop ambulante of klinische behandeling voor een acute psychotische episode georganiseerd kan worden?

Eerst geef ik een beschrijving van de werkwijze van een Soteriahuis op basis van de beschrijvende literatuur en van een werkbezoek aan het eerste Soteriahuis in Europa te Bern in 2015. Vervolgens ga ik aan de hand van de beperkte wetenschappelijke literatuur in op de evidentie en de haalbaarheid van een dergelijk project.

Therapeutisch aanbod Soteriahuis

Een Soteriahuis (Soteria is Grieks voor verlossing, redding, bescherming) is een gewoon huis in het dorp of de stad - in de 'community'- waar een kleine groep van maximaal 8 jongvolwassenen die een psychotische crisis doormaken, samenleven. Specifiek voor de Soteriahuizen zijn de volgende drie kernelementen: 1. psychosebegeleiding door het aanbieden van 'being with'; een continue aanwezigheid van een rustgevende ander; 2. beperkt gebruik van antipsychotica; 3. milieutherapeutische aanpak.

In een Soteriahuis nemen zowel de bewoners als de leden van het team alle aspecten van het dagelijks leven op zich, en dit in een aangename, huiselijke omgeving. Deze aanpak gaat uit van de overtuiging dat een continue aanwezigheid van een rustgevende ander voor een persoon in psychotische crisis het meest heilzaam is. Bovendien gaat men ervan uit dat de persoon met psychotische ontredde het meest baat vindt bij het samen opnemen van de dagelijkse taken om weer tot de realiteit te komen en dat het samenleven in deze dragende, kleinschalige gemeenschap *op zich* therapeutisch werkt. Tevens wordt integratie in de ruimere, lokale gemeenschap maximaal nagestreefd en gefaciliteerd.

Een dergelijke 'gemeenschap in de gemeenschap' is nauw verwant aan de visie en werking van de therapeutische gemeenschappen. Net zoals in een therapeutische gemeenschap gebruikt men in het Soteriahuis de kracht van de peergroep die op zich therapeutisch werkt. Voor intrapsychische verdere groei en verandering is evenwel een

AUTEUR

LUDI VAN BOUWEL, psychiater en psychotherapeut psychosezorg UPC, KULeuven, campus Kortenberg.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Ludi Van Bouwel, Statiestraat 30, 2547 Lint, België.
E-mail: ludwina.vanbouwel@upckuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-7-2019.

intensievere individuele of groepstherapie wenselijk buiten de Soteriawerking van het huis.

Ontstaan, visie en verspreiding

Het eerste pilotproject Soteria werd ontwikkeld door Loren Mosher en Alma Menn die van 1971 tot 1983 nabij San Fransisco een kleine experimentele setting oprichtten (Mosher & Menn 1978). Zij besteedden veel aandacht besteed aan de impact van omgevingsfactoren op de psychotische crisis en aan de emotionele beleving in deze crisis. In de setting werden jonge patiënten in schizofreniecrisis behandeld met voornamelijk psychotherapeutische en milieutherapeutische methodes en dit met een minimum aan medicatie.

Mosher liet zich inspireren door een fenomenologische en existentialistische visie op mentale aandoeningen. In zijn benadering ligt de nadruk op de therapeutische kracht van de relatie en de rustgevende, veilige, normaliserende omgeving. Hij baseert zich op de morele behandeling in de psychiatrie, op Sullivans interpersoonlijke theorie en op de principes van de community treatment.

De ingrediënten van de behandeling zijn: een kleine huiselijke omgeving, positieve verwachtingen van herstel en de waardering van de subjectieve ervaring van de psychotische ervaring. Centraal staat wat hij noemt '*being with the patient*', dit is bieden van constante nabijheid. Het gebruik van alledaagse taal om de psychotische ervaring te herkennen, het behoud van persoonlijke beslissingsvrijheid en het delen van huishoudelijke klussen en activiteiten zijn tevens belangrijk in deze benadering. Kenmerkend voor de organisatie in het huis zijn een minimale roldefiniëring en hiërarchie. Een voldoende lang verblijf van de patiënt om een therapeutische relatie te ontwikkelen en een integratie in de lokale gemeenschap worden nagestreefd. De ontwikkeling van relaties met leeftijdsgenoten en van probleemoplossende netwerken is eveneens belangrijk (Bola & Mosher 2002; 2003).

Wanneer de patiënt aankomt in het huis, wordt niet onmiddellijk medicatie voorgeschreven, maar poot men

de patiënt te engageren in een relatie met één aangewezen staflid en een veilige, rustgevende omgeving te creëren. Wanneer in deze omstandigheden de psychotische symptomen niet verergeren of beginnen te verbeteren, worden geen antipsychotica voorgeschreven gedurende de eerste 6 weken. Blijven er na 6 weken psychotische symptomen bestaan, dan worden wel antipsychotica voorgeschreven, maar dan in een zo laag mogelijk effectieve dosis.

In 1984 richtte Ciompi in Europa een vergelijkbare setting op nabij Bern in Zwitserland en voegde een aantal eigen opvattingen toe. Hij ontwikkelde het concept 'affect logic', een term die verwijst naar de voortdurende interactie tussen affect en cognitie bij alle mentale functies. In deze opvatting gaat hij ervan uit dat emoties continu interageren met cognitieve functies en essentieel een organiserend, integrerend effect hebben op cognities en gedrag (Ciompi e.a. 1991; 1993).

Ciompi past ook de dynamische systeemtheorie toe om niet-lineaire psychosociale processen te begrijpen zoals de radicale, discontinue verandering van een toestand uitlokt door de emotionele spanningen die bij het begin van een psychose boven een kritisch punt komen (Ciompi e.a. 1991; Ciompi 2015). Op basis daarvan ontwikkelde hij zijn milieutherapeutische methode die een zo laag mogelijk spanningsniveau beoogt voor mensen in een psychotische crisis.

In tegenstelling tot Mosher wacht Ciompi geen 6 weken vooraleer hij antipsychotica voorschrijft. Indien na enkele dagen door de veilige en gastvrije setting de psychotische symptomen niet opklaren, start hij wel met antipsychotica. Op dit controversiële medicatiebeleid van zowel Mosher als Ciompi kom ik later nog terug in een aparte rubriek.

Vanuit Bern verspreiden de Soteriahuizen zich over de rest van Zwitserland, Duitsland (München, Berlijn, Gangel) en Hongarije. Ook in Nederland (op het terrein van de psychiatrische organisatie Emergis te Kloetinge) en in Israël (Lichtenberg 2017) werd een Soteriahuis opgericht. Een internationale organisatie, het Soteria-Netwerk, werd in het leven geroepen (zie <http://www.soteria-netwerk.de/index.htm>) en op de internationale congressen van de International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis (ISAPS) krijgen deze initiatieven een bijzondere plaats.

Ook in Vlaanderen blijkt een interesse voor Soteria te bestaan in verschillende organisaties. Zorgdraggers in deze organisaties botsen op de toenemende vervreemding van hun patiënten die op grote afdelingen (met vaak meer dan 32 patiënten) in psychiatrische ziekenhuizen hun weg niet meer vinden en vaak geconfronteerd worden met een hiërarchisch beleid dat hen wegrukt uit het gewone alledaagse leven en stigmatisering in de hand werkt.

Therapeutische principes van een Soteriahuis

De acht therapeutische principes (die ook terug te vinden zijn op de Duitstalige website van het Soterianetwerk) worden door Ciompi en Hoffmann (2004) samengevat als volgt:

1. Kleine, rustgevende, prikkelarme therapeutische setting, die zo normaal mogelijk is.
2. Een continue gepersonaliseerde 'being with' de psychotische patiënt.
3. Persoonlijke en conceptuele continuïteit.
4. Nauwe samenwerking met familieleden en andere belangrijke figuren.
5. Duidelijke en overeenstemmende informatie voor de individuen met een psychose, voor zijn of haar familieleden en voor het hele team.
6. Uitbouwen van gemeenschappelijke realistische doelstellingen en verwachtingen.
7. Lage dosis psychofarmaca op basis van consensus.
8. Nazorg en recidiefpreventie voor minstens twee jaar.

(Wij menen echter dat een nazorgperiode van twee jaar onvoldoende is en geven de voorkeur aan vijf jaar. Bij de uitbouw van ons ambulante vroege interventieteam (VRINT) in Leuven werd rekening gehouden met de periode van 6 tot 18 maanden nodig voor herstel en met de 'kritische periode' van 5 jaar na een eerste episode zoals aangegeven in de International clinical practice guidelines for early psychosis (International Early Psychosis Association Writing Group 2005). Een nazorg van minstens 5 jaar werd daarom bij de oprichting van dit ambulante team aangehouden en deze lijkt ons dus ook belangrijk voor de mensen die in een Soteriahuis een behandeling voor een eerste psychotische episode krijgen aangeboden.)

Deze principes vergen een noodzakelijke omkadering alsmede een voldoende inbedding in de regio en een vlotte samenwerking met andere lokale initiatieven.

Klinische bevindingen na 20 jaar Soteria in Bern

In Soteria Bern worden ongeveer 50 personen per jaar behandeld (Ciompi 2004). De gemiddelde verblijfsduur van 185 dagen verminderde naar 44 dagen door de sociale en professionele rehabilitatie te laten doorgaan in speciaal hiervoor uitgebouwde dagcentra. Behandelingskosten konden zo gereduceerd worden met 32% en zouden nu 10 à 20% lager zijn dan in vergelijkbare psychiatrische afde-

lingen in de lokale ziekenhuizen. Hoe men deze lagere kosten, ondanks de sterke professionele omkadering van 1 op 1 kan garanderen, blijft onduidelijk. Doordat veel van de huiselijke taken door patiënten en begeleiders zelf worden uitgevoerd, zijn geen dure hotelkosten (zoals keuken- en schoonmaakpersoneel) van het ziekenhuis meer nodig. Bovendien worden de uitgebreide medisch-technische onderzoeken, die nu eenmaal gebruikelijk zijn in een ziekenhuissetting, met meer zorgvuldigheid geselecteerd in een Soteriahuis en op maat van de patiënt uitgevoerd.

Volgens Ciompi kunnen de meeste patiënten met een acute psychose efficiënt behandeld worden met deze benadering. Zelfs zeer gespannen en agressief geladen personen worden kalmer binnen enkele dagen in de rustgevende Soteria-atmosfeer. Incidenten van ernstig geweld tegenover anderen of zichzelf zijn extreem zeldzaam: minder dan 10 incidenten in 20 jaar in het Soteriahuis in Bern (Ciompi 2004). Hij beschrijft echter niet over welke vormen van ernstig geweld het gaat. Indien het gaat over moord of suïcide, dan is de beschreven incidentie wél zeer hoog te noemen.

Volgens Ciompi kan 10 à 15% van de patiënten niet worden behandeld in deze open setting omdat geen werkalliantie kan worden aangegaan. Deze personen worden doorverwezen naar de lokale psychiatrische ziekenhuizen die sterk verbonden zijn met het Soteria-behandelaanbod. Casuïstische observaties van ex-patiënten die in contact blijven met het team, tonen heel wat gevallen met gunstige evoluties over een periode van een decennium. Langetermijnvoordelen liggen op het gebied van sociale adaptatie en destigmatisatie, zowel op subjectief als objectief niveau. Er is een minder traumatische subjectieve impact van de psychotische ervaringen. Gevoelens van persoonlijke waardigheid en identiteit blijven beter bewaard, waardoor patiënten de psychotische ervaring beter kunnen integreren in de persoonlijke levensgeschiedenis (Ciompi 2004). Het gedeelde dagelijkse leven in de gemeenschap levert een unieke gelegenheid voor een nauwlettende participerende observatie van psychotische fenomenen (Ciompi 2004). Grenzen tussen normaliteit en psychose lijken verbazingwekkend permeabel in een Soteriasetting. In de speciale sfeer van de 'zachte kamer' in het bijzonder, blijft emotioneel contact met de gezonde stukken van de persoonlijkheid vaak goed mogelijk, zelfs bij ernstig psychotische toestanden. Uit retrospectieve zelfrapporteringen blijkt dat patiënten het behoud van zulk een contact vaak ervoeren als zeer helpend, ondanks het feit dat dit niet altijd op het moment zelf gezien wordt.

Ciompi beschrijft dat een rustig en veilig klimaat makkelijker te garanderen is in een kleinschalige omgeving dan op de grote afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen,

waar vaak 24 tot zelfs 32 mensen in acute crisis samen verblijven. Ziekenhuizen met kleinere afdelingen van maximaal 12 bedden kunnen dichter de sfeer van een Soteriahuis benaderen, waardoor patiënten gemakkelijker rust en kalmte kunnen terugvinden.

De auteur beschrijft ook dat het belangrijk is een Soteriahuis niet los te zien van de regulier uitgebouwde psychiatrie, maar dat een nauwe samenwerking met een lokaal ziekenhuis wenselijk is. Hierop kan men een beroep doen indien een meer beschermende (gesloten) setting aangewezen is. In de resocialisatiefase is het zinvol een beroep te doen op een dagcentrum dat voldoende continuïteit biedt door reeds vanuit het Soteriahuis inschakeling in dit dagcentrum te realiseren.

Uitstellen voorschrijven van antipsychotica; kritische beschouwing

Uitstellen van het voorschrijven van antipsychotica druist sterk in tegen de gangbare richtlijnen voor de behandeling van een psychotische episode (NVvP 2012; NICE guidelines 2013). Is een dergelijke houding wel verantwoord?

Een bescheiden reviewartikel van Bola e.a. (2009) handelt over het in de tijd beperkte uitstel van het gebruik van antipsychotica en een lagedosisstrategie bij patiënten met een eerste episode die een intensieve psychosociale behandeling krijgen aangeboden. Vier behandelingsmodellen werden geïncludeerd: Soteria San Francisco, Soteria Bern, het Finse model van *need-adapted treatment* en het Zweedse Parachuteproject. Deze vier pilotprojecten demonstren elk de mogelijkheid een speciaal ontwikkelde psychosociale behandeling te combineren met een in de tijd beperkt uitstel van het voorschrijven van antipsychotica (van 1 à 2 weken uitstel in Parachuteproject naar 6 weken uitstel in het Soteria San Francisco-model). Wanneer toch een voorschrift van antipsychotica nodig was, streefde men naar een zo laag mogelijke dosis. Elk programma legde de focus op het creëren van een therapeutisch milieu. De mogelijkheid tot volledig herstel en het vasthouden van hoop zowel voor de patiënt als voor zijn familie waren cruciaal.

De vier geïncludeerde behandelingsmodellen toonden licht betere langetermijnresultaten dan de behandelingsmodellen waarbij men vanaf het begin hoge doses medicatie geeft. 27-43% van de experimentele patiënten nam geen medicatie na twee of drie jaar follow-up, maar deed het minstens even goed of beter dan de controlegroep (Bola e.a. 2009).

In de 'vroege psychose'-literatuur benadrukte men dat het belangrijk is de *duration of untreated psychosis* (DUP) zo kort mogelijk te houden omdat dit een betere prognose geeft. Met behandeling bedoelt men echter niet alleen psychofarmaca, maar zeker ook de psychosociale benadering.

Bola e.a. argumenteren terecht dat de grote heterogeniteit in het schizofrenieconcept reeds een lang bestaand probleem is. Door een stadiëringsmodel in te bouwen (McGorry 2006) en meer transdiagnostisch te werken (Delespaul e.a. 2016) pleit men meer en meer voor zorg op maat, aangepast aan het stadium waarin een patiënt zich bevindt. Het gaat niet op alle patiënten met een eerste psychose op dezelfde manier te behandelen alsof zij schizofrenie hebben. Met gespecialiseerde, fasespecifieke behandelingen met tijdens de crisis een zeer nauwe 24-uursfollow-up en -behandeling kan men patiënten selecteren die wél antipsychotica nodig hebben in geval van acute exacerbatie of uitblijven van respons op de psychosociale behandeling.

Hoe komt het dat deze vormen van milieutherapie met in de tijd uitstel van antipsychotica het minstens even goed doen als de klassieke benadering? Volgens de recente wetenschappelijke bevindingen speelt sociale exclusie een belangrijke rol in het ontstaan van psychose (Selten e.a. 2013). Het uitbouwen van milieutherapie met het behoud van contact met de gemeenschap betekent een bewaren van sociale inclusie, wat mogelijk de centrale rol is bij een effectieve behandeling.

Effectiviteit van de Soteriabenadering

Om de effectiviteit van de Soteriabenadering te onderzoeken selecteerden we de enige bestaande onafhankelijke systematische review van het Soteriaparadigma van Calton e.a. (2008). In deze Britse publicatie werden gecontroleerde studies (zowel gerandomiseerde, pseudogerandomiseerde als niet gerandomiseerde) geïdentificeerd die het Soteriaparadigma hanteerden om adolescenten en volwassenen met een schizofreniespectrumstoornis volgens DSM-criteria behandelen. Drie gecontroleerde trials met in totaal 223 deelnemers gediagnosticeerd met een eerste of tweede episode van een schizofreniespectrumstoornis werden geselecteerd. (Het gaat over drie cohorten, met name twee gecontroleerde studies van Mosher in de vs en een gecontroleerde studie van Ciompi in Bern).

Er waren weinig majeur significante verschillen tussen de experimentele en de controlegroepen in een hele reeks van uitkomstmaten na twee jaar follow-up. Er waren wel voordelen in bepaalde specifieke gebieden, met name het gebruik van een lagere gemiddelde dosis antipsychotica tijdens de psychotische crisis en gedurende het ganse tijdsbestek, alsook een grotere waardering voor de Soteriabenadering door de zorggebruikers. Als conclusie schrijft men: *'In terms of formal research evidence, the Soteria paradigm remains very much what it has always been, an intriguing but in many ways still experimental approach to the treatment of people diagnosed with schizophrenia. However, the paradigm has been in existence for over 30 years, and it appears that there*

is a wealth of clinical experience in its implementation which is at present only available to a small number of people in a handful of European countries. Further research using more rigorous quantitative and qualitative methodologies is urgently required to help clarify its effects, both positive and negative, both the short and longer term.' (Calton e.a. 2008, p. 188-9).

Hoewel de groep van Calton oorspronkelijk 76 referenties identificeerde, werden er 56 afgewezen om verschillende redenen. Enkel de peer-reviewed vergelijkende effectiviteitsstudies werden geselecteerd. Deze bestonden uitsluitend uit de studies van Mosher (12 in totaal) in de vs en die van Ciompi (6 in totaal) in Zwitserland (Ciompi e.a. 1992; 2001; Ciompi 2004; 2015).

Eerst en vooral kan men zich afvragen of deze studies voldoende onafhankelijk zijn uitgevoerd omdat de onderzoekers zelf nauw betrokken waren bij de ontwikkeling van de methode.

Ten tweede is de randomisering een probleem: de eerste studie van Mosher had een quasi-experimentele opzet omdat een consecutieve toewijzing naar Soteria of naar de controlearm werd uitgevoerd. In de cohortstudie van Ciompi wordt 'randomisatie' uitgevoerd volgens bedbeschikbaarheid, wat geen echte randomisatie is. In de tweede cohortstudie van Mosher wordt niet toegelicht hoe de randomisatie gebeurde.

Ten derde is het jammer dat de follow-upperiode beperkt bleef tot 2 jaar en geen nieuwe studies met 5 jaar follow-up beschreven zijn.

Tevens moet een kanttekening worden gemaakt rond de 'minieme medicamenteuze benadering'. Zowel in de vs in de jaren 70 alsook in Europa in de jaren 80 schreef men regulier veel hogere doses antipsychotica voor dan wat momenteel wordt aanbevolen in de actuele richtlijnen waarbij de laagst effectieve dosis wordt nagestreefd. Het is dan ook niet onlogisch dat in settings waar minder medicatie werd voorgeschreven dan toen gebruikelijk was, betere resultaten konden worden voorgelegd en de patiënten tevredener waren.

Ten slotte kan men vragen stellen over de economische haalbaarheid van een Soteriasetting: zowel in de studies van Mosher als in die van Ciompi zijn slechts beperkte economische data vermeld. Mosher beweert dat Soteria in de vs iets goedkoper is dan de reguliere behandeling in het ziekenhuis (Mosher e.a. 1995). In Soteria Bern zou in de beginjaren de opname duurder geweest zijn, maar na inkorting van de verblijfsduur 10 tot 20% goedkoper dan in de vergelijkbare lokale units. Beide auteurs geven echter niet aan op welke manier zij de kostprijzen hebben berekend.

BESPREKING

Uit de beperkte reviewartikelen blijkt dat er nauwelijks goed wetenschappelijk onderzoek is gedaan over de effectiviteit van de Soteriahuizen. Wel tonen de reviews aan dat er geen nadelen (ook geen schade) en zelfs enkele voordelen zijn aan de Soteriabenadering, met name een lagere totale dosis van antipsychotica over de hele periode en een grotere tevredenheid van patiënten.

De context van de ggz in België en Nederland in 2019 is echter geheel anders dan die in de vs en Zwitserland enige decennia terug. Tegenwoordig worden, in Europa althans, minder hoge doses antipsychotica voorgeschreven en dit steeds in consensus met de patiënt. In Nederland wordt slechts een minderheid van de patiënten met een eerste psychotische crisis opgenomen en worden de meesten intensief ambulante behandeld in hun thuissituatie door VIP- en IHT-teams. In België komt deze beweging veel trager op gang en kan men dankzij de mobiele crisisteams (pas in het leven geroepen sinds 2011) mensen met een acute psychotische episode ook aan huis behandelen. Tevens bestaan er in België slechts een beperkt aantal vroege-interventieteams specifiek voor psychose en blijkt dat opname voor een eerste psychotische episode er meer de regel is dan de uitzondering. Patiënten en hun familieleden ervaren een opname in een ziekenhuis nog steeds als te veel een 'wegrukken' uit het gewone dagelijkse leven en als stigmatiserend voor de verdere toekomst.

Daarom zou een kleinschalig Soteriahuis voor jongvolwassenen met een eerste psychotische crisis die nog nooit in contact kwamen met een psychiatrisch ziekenhuis, een innoverend project kunnen betekenen in een regio van bijvoorbeeld 700.000 inwoners. Daarbij ga ik uit van een gemiddelde incidentie van 31,7 nieuwe patiënten met een psychose per jaar in een regio van 100.000 inwoners (Kirkbridge e.a. 2012). Deze incidentie is hoger in dichtbevolkte steden en gebieden met deprivatie. Gezien het sterk humane karakter en het behoud van de sociale inclusie, de nadruk op groei en herstel en de destigmatiserende en laagdrempelige werking met de mogelijkheid tot grote nabijheid voor de persoon in crisis lijkt ons de Soteriabenadering ook iets toe te voegen aan de huidige reguliere zorg.


Versterking van de mobiele teams lijkt ons een eerste punt van inzet zodat intensieve home treatment (Nederland) of een mobiel crisisteam (België) een maximale nabijheid (24 uur op 7 dagen personele aanwezigheid) zou kunnen geven. Ten tweede, kunnen ziekenhuizen met kleinscha-

lige afdelingen van 8 tot 12 bedden waar een rustig en veilig klimaat met grote personele nabijheid kan worden gegarandeerd, beter aansluiten bij de noden van de patiënten en hun familieleden dan ziekenhuizen met grote afdelingen van 24 tot 32 bedden en meer. De high intensive care (HIC)-units die in Nederland reeds bestaan, zijn een goed voorbeeld van deze kleinschaligheid. Ze worden in België langzamerhand gerealiseerd.

Psychiatrische ziekenhuizen kunnen ten derde meer openheid vertonen naar de gemeenschap toe, wat sociale inclusie bevordert. Hierbij zouden faciliteiten die in het ziekenhuis worden uitgebouwd door mensen uit de gemeenschap meer kunnen worden bezocht. Omgekeerd zouden mensen in het ziekenhuis vlotter de beweging naar de maatschappij kunnen maken door tijdens de opname reeds maximaal toegang te zoeken tot allerlei initiatieven in het dorp of de stad.

CONCLUSIE

Ondanks onvoldoende wetenschappelijke evidentie is aangetoond dat mensen met de Soteriabenadering tevreden zijn en de afwezigheid van nadelige neveneffecten van behandeling ten zeerste waarderen, zonder risico op schade. Een Soteriahuis kan voor de opvang van een acute psychotische episode een zinvol alternatief bieden voor het ziekenhuis. Gezien de huidige evolutie in de geestelijke gezondheidszorg, met nadruk op vermaatschappijking van zorg en nastreven van persoonlijk herstel, kunnen we bovendien uit de Soteriabenadering een aantal elementen overnemen die zowel de ambulante als klinische behandeling van een psychotische episode ten goede komen. Onder het motto 'an absence of evidence is not evidence of an absence of effect' is het zeker de moeite waard deze experimentele, patiëntvriendelijke benadering kansen te geven zich verder te ontwikkelen. Daarbij is het belangrijk bij de start van een dergelijk project rigoureuze kwantitatief en kwalitatief onderzoek over het effect van deze benadering onmiddellijk in te zetten.

 Patiënten en hun familieleden hebben mij geleerd te geloven in de groei mogelijkheden bij een psychotische crisis en in de kracht van familiebanden. Zij hebben mij gestimuleerd kleinschalige, laagdrempelige projecten te onderzoeken die ingebed zijn in de gemeenschap en destigmatiserend werken. Virginie Debaere, Jan De Lepeleire en Rob Sips lazen de tekst van dit artikel kritisch na.

LITERATUUR

- van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, e.a. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- Bola JR, Moshier LR. Predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophr Bull* 2002; 28: 559-75.
- Bola JR, Moshier LR. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 219-29.
- Bola J, Lethinen K, Cullberg J, Ciompi L. Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose strategies in first-episode psychosis: A review of the literature. *Psychosis* 2009; 1: 4-18.
- Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria Paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008; 34: 181-92.
- Ciompi L. The key role of emotions in the schizophrenia puzzle. *Schizophr Bull* 2015; 41: 318-22.
- Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry* 2004; 3: 140-6.
- Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M (red.). *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung-kritisch durchleuchtet*. Bern: Huber; 2001.
- Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C und Aebi E. Das pilotprojekt, 'Soteria Bern' zur Behandlung akut Schizophrener. I. Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen. *Nervenarzt* 1991; 2: 428-35.
- Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi E. Das Pilotprojekt 'Soteria Bern' zur Behandlung akut Schizophrener; II. Ergebnisse der vergleichenden prospektiven Verlaufstudie über zwei Jahre. *Nervenarzt* 1993; 64: 440-50.
- Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi E. The pilot project Soteria Bern. Clinical experiences and results. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 145-53.
- Delespaul P, Michael M, Schalken F, Boevink W, van Os J. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis; 2016.
- International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187(suppl 48): 120-4.
- Kirkbridge JB, Errazuric A, Croudace TJ. Systematic review of the incidence and prevalence of schizophrenia and other psychoses in England. Conducted for the department of Health Policy Research Programme 2012.
- Lichtenberg P. From the closed ward to Soteria: a professional and personal journey. *Psychosis* 2017; 9: 369-75.
- Matthews SM, Roper MT, Moshier LR, Menn AZ. A non-neuroleptic treatment of schizophrenia: analysis of two-years postdischarge risk of relapse. *Schizophr Bull* 1979; 5: 322-33.
- McGorry P. The recognition and optimal management of early psychosis. In: Johannesson JO, Martindale B, Cullberg J (red.). *Evolving Psychosis*. Londen: Routledge; 2006.
- Moshier LR, Menn AJ. Community residential treatment for schizophrenia: two years follow-up data. *Hosp Community Psychiatry* 1978; 29: 715-23.
- Moshier LR, Vallone R, Menn A. The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-weeks outcome data from the Soteria Project. *Int J Soc Psychiatry* 1995; 41: 157-73.
- Selten JP, van der Ven E, Rutten B, Cantor-Graae E. The social defeat hypothesis of schizophrenia: an update. *Schizophr Bull* 2013; 39: 1180-6.
- NICE. Guidelines for psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management. 2013 updated in 2016. www.nice.org.uk.

SUMMARY

A Soteria House in today's mental health services; a small-scale therapeutic approach for people with a first psychotic episode

L. VAN BOUWEL

BACKGROUND Thanks to the development in recent decades of mobile teams in the Netherlands and Belgium, ambulatory approaches have been created to offer effective treatment to patients with a first psychotic episode. If the support-network can no longer provide care, the person in crisis is referred to a hospital. The break with normal life and the associated stigma are often experienced as very radical by the patient himself, but also by his family.

AIM To explore the extent to which a Soteria House can have a place in current care for patients with an acute psychotic episode.

METHOD Description of the method of a Soteria House and reflection on the basis of the literature.

RESULTS A Soteria House offers a low threshold setting for people in a psychotic crisis, thanks to a destigmatizing approach. However, so far there is no scientific evidence of its effectiveness. In any case, the Soteria approach leads to greater satisfaction among patients and their family members.

CONCLUSION A Soteria House can offer a meaningful alternative to the hospital for the relief of an acute psychotic crisis. Also, from the Soteria model a number of elements can be included that benefit both out- and inpatient treatment of a psychotic episode. However, this model requires more thorough research before implementation in regular care is possible.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)1, 54-61

KEY WORDS destigmatization, psychotic crisis, recovery, Soteria House