

## Calton és mtsi.: A szkizofréniával diagnosztizáltak kezelésével kapcsolatos Sotéria-módszer alkalmazásának szisztematikus áttekintése

Forrás: 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 Jan;34(1):181-92.

Tim Calton (University of Nottingham, UK), Michell Ferreiter, Nick Huband (Nottinghamshire Healthcare National Health Service Trust, Nottingham, UK) és Helen Spandler (Department of Social Work, University of Central Lancashire, UK)

### **Háttér:**

A Sotéria-módszer minimális gyógyszereléssel próbálja ellátni a szkizofréniás spektrum-zavarral diagnosztizáltakat. Az Egyesült Királyságban, számos európai országban, Észak-Amerikában és Ausztráliában is növekszik az érdeklődés e megközelítés iránt.

**Célok:** A szkizofréniás spektrum zavarral diagnosztizáltak Sotéria-módszer szerinti kezelésének hatékonyságára irányuló kontrollált vizsgálatok eredményeinek összesítése

**Módszerek:** Szisztematikus kutatási stratégiát használtunk, hogy azonosítsuk a randomizált, pszeudorandomizált vagy nem-randomizált kontrollált vizsgálatokat, amelyekben a Sotéria-módszert alkalmazták a Betegségek Nemzetközi Osztályozása=BNO (ICD= *International Classification of Diseases*) és a DSM= (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders- Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve*) kritériumai szerint szkizofréniás spektrum zavarral diagnosztizált felnőttek és serdülőkorúak kezelésére.

**Eredmények:** 3 kontrollált vizsgálatot azonosítottunk, amelyek összesen 223 első vagy második epizódos szkizofréniás spektrum zavarral diagnosztizált pácienszt foglaltak magukban. Volt néhány jelentős különbség a kísérleti és a kontrollcsoportok között e kutatásokban, a 2 éves utánkövetéses vizsgálatok eredmény-mérésében, bár volt néhány kedvező tapasztalat egyes területeken.

**Következtetések:** A tanulmányok, beleértve ezt az áttekintést is, azt sugallják, hogy a Sotéria-módszer — számottevően alacsonyabb szintű gyógyszerhasználattal — ugyanolyan, sőt bizonyos területeken jobb eredményeket ért el az első vagy második epizódos szkizofréniás spektrum zavarban szenvedők kezelésében, mint a hagyományos, gyógyszer-központú kezelések. Égetően szükség van további kutatásokra, hogy még alaposabban

## **kiértékeljük ezt a megközelítést, mert ez alternatív kezelési mód lehet a szkizofrénia spektrum zavarral diagnosztizáltak számára.**

A hatvanas évek végén és a hetvenes évek elején történt néhány kísérlet arra, hogy a szkizofréniaival diagnosztizáltak számára a kórházi kezelés alternatívájaként terápiás lakóközösségeket hozzanak létre. Ezek megpróbálták a szkizofréniaát nem gyógyszeres kezelést igénylő betegséggként felfogni, hanem inkább egy, az egyén élettörténete szempontjából fontos „nézőpontnak” tekinteni. E kezelés első részében az antipszichotikumok használata helyett e közelítés azt helyezi előtérbe: az érintett személynek meg kell engedni, hogy „megélje” a pszichotikus tapasztalatot — minimális beavatkozás és maximális támogatás mellett. Az Egyesült Királyságbéli kezdeményezések magában foglalták Kingsly Hallt, amely Laing nevéhez és a Philadelphia Assosiaton tagjaihoz, valamint a Villa 21-et, amely David Cooper nevéhez fűződött. Talán kevésbé ismert a Sotéria-kísérlet, amelyet Moser és kollégái fejlesztettek ki az Egyesült Államokban. (*a Sotéria megszabadulást jelent - a ford. megjegyzése*) E kezelés több mint 30 éves története során terápiás és szerkezeti jegyeit bizonyos mértékben már felderítették, a Sotéria meghatározó terápiás alapelveit széles körben elterjesztették, hogy támogassák a további Sotéria projektek fejlesztését. (J. Schreiber, személyes közlés, Mosher (7), Mosher és Bola (8) ) Ezen alapelvek magukban foglalják egy kis, lakóközösségen alapuló miliő-terápia biztosítását, jelentős mennyiségű laikus segítő jelenlétét, a személyiség erejének megőrzését, szociális hálózatokat, közösségi felelősséget, egyfajta „fenomenológiai” stílust, amely arra törekszik, hogy jelentéssel ruházza fel a kliens szubjektíve megélt pszichózisát, úgy, hogy a kliens az „együtt létezés” és „együtt csinálás” révén értse azt meg. Jellemző még a gyógyszeres kezelés hiánya vagy alacsony dózisban való használata (és mindenfajta pszichotróp gyógyszeres kezelés csakis a kliens választására van bízva, kényszergyógyszeres kezelést nem alkalmaznak.) Eltérően más szkizofrénia kezelésében használt, alternatív szemléletű megközelítésekről, a Sotéria-módszert randomizált, kontrollált módszertannal végzett kvantitatív, empirikus kutatásokkal is tesztelték. A Sotéria-módszer iráni érdeklődés a közelmúltban megnövekedett az Egyesült Királyságban, aminek eredményeképpen a létrejött a nemzeti Sotéria Hálózat, amely már otthont adott a bevezető konferenciának és megvitatta egy Sotéria Ház alapításának lehetőségét. Minthogy a módszer kiértékelését más országokban már elvégezték, és további érdeklődés nyilvánul meg iránta mind az Egyesült Királyságban és a világ további részein egyaránt, úgy döntöttünk, hogy szisztematikusan áttekintjük az e közelítést alátámasztó kutatásokat.

## A vizsgálat céljai

Az elérhető empirikus bizonyítékok szisztematikus áttekintése alapján a szkizofrénia spektrum zavarral diagnosztizáltak számára a Sotéria-módszer hatékonyságának értékelése

(...)

## Milyen kritériumok alapján válogattuk be a tanulmányokat az áttekintésbe?

Minden olyan tudományosan lektorált kezelési projektet bevettünk a kutatásunkba, amely Sotéria-lakóközösségnek nevezte magát, s amelyik valamilyen módon kapcsolódik az eredeti Sotéria Hálózathoz, és ahol ragaszkodnak a Sotéria-kritériumok fent felsorolt jellemzőihez, összhangban a szisztematikus áttekintésekre vonatkozó, általánosan elfogadott irányelvekkel. ( 11) Számításba vettünk olyan programokat is, amelyek nevében ugyan nem szerepel a Sotéria, de amelyek nyíltan a Sotériáról mintázták a modelljüket és a fent említett meghatározó terápiás alapelveket alkalmazták. (Ezeket a tanulmányokat az alapján azonosítottuk, hogy megemlítették, használták-e a Sotéria szót az idézeteikben vagy összefoglalóikban.) Arra irányuló erőfeszítésünkben, hogy a vélelmezett terápiás alkotóelemek tekintetében biztosítsuk a homogenitást, kizártunk minden olyan kísérletet, amely Sotériának nevezte magát, ám nem követte szorosan a Sotéria terápiás alapelveit. Minden kontrollált vizsgálatot bevettünk (az úgynevezett randomizált, ál-randomizált vagy nem-randomizált vizsgálatokat is), amelyek felnőtteket és serdülőket diagnosztizáltak az International Classification of Mental and Behavioral Disorders 10 kiadásának (12) *(magyarul: Betegségek Nemzetközi Osztályozása=BNO)* kritériumai szerint állapították meg a szkizofréniát, a szkizotipias rendellenességet („*Fő jellemzője a különös viselkedés, valamint a gondolkodás és az affektusok különböző anomáliái, melyek hasonlítanak a szkizofréniában észlelhetőkre, de a szkizofrénia határozott, markáns és jellegzetes tünetei soha nem észlelhetők.(...) Nincs határozott kezdete és kifejlődése.*” Forrás: BNO-10. A ford. megjegyzése), illetve deluzív zavart.(*A deluzív zavart az különbözteti meg a szkizofréniától, hogy a téveszmék nem bizzarrak, és csak 1- 2 „téma” köré csoportosulnak, valamint hiányoznak a hallucinációk, a dezorganizált beszéd és úgynevezett negatív tünetek. A ford. megjegyzése.*) Vagy pedig a DSM (=Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders - Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) kritériumait alkalmazták a szkizofrénia spektrum zavarokra.

Minden azonosított tanulmányt egymástól függetlenül olvasott és vizsgált át 2 szakértő, hogy megállapítsák, megfelelnek-e a beválogatási kritériumoknak. A beválogatott tanulmányok részleteit az 1-3. táblázat mutatja. Az adatokat ugyanazon két független szakértő tárta fel. Ha a két szakértő nem értett egyet, egy harmadik döntötte el, hogy beválogassák-e az adott cikket. A döntést, hogy beválogassák a nem-randomizált kutatásokat is, azért hozták meg, mivel számos szisztematikus áttekintésből (beleértve azon tanulmányokat is, amelyek a szkizofréniába való „beavatkozásassal” foglalkoztak), azt a konklúziót vonták le, hogy elégtelen bizonyítékot szolgáltatnak, mivel a kérdéses területen nagyon csekély volt a randomizált kontrollált vizsgálatok száma (randomized controlled trials= továbbiakban RCT). (32) Ez különösen igaz lehet egy olyan területen, amely minimális gyógyszerkezést alkalmaz a szkizofréniára, és ahol a RCT lefolytatását vélhetően vitatott vagy nem megfelelő megoldásnak tarthatnák. Arra is érdemes figyelemmel lenni, hogy a magas szakmai színvonalú, nem-randomizált kontrollált vizsgálatok olyan eredményekkel is járhatnak, amelyek megközelítik az RCT-ben található eredményeket. (33) Így az a tény, hogy beválogattunk nem-randomizált vizsgálatokat is, azt az elkötelezettségünket tükrözi, hogy konstruktív, a klinikusok és a kutatók számára egyaránt hasznos tanulságokat tudjunk közreadni.

## **Eredmények**

76 db kutatói beszámolót néztünk át. Nyelvi korlát nem lehetett akadály. Az összes cikk vagy azok idegen nyelvről való fordításának áttekintése után 56 db cikket (az összes 74 százalékát) utasítottunk el. A 4-es számú táblázat megmutatja, hogy mely tanulmányok lettek elutasítva, és hogy mik voltak a kizárás okai.

A megmaradt tanulmányokat 3 db közös statisztikai jellemzőkkel leírható csoportba rendeztünk, ebből 2 db volt az USA-béli Sotériából és 1 db származott a berni Sotériából. Az adatok csekély mennyisége azt jelenti, hogy az összegyűjtött anyag nem alkalmas meta-analízisek kivitelezésére vagy a publikációkban rejlő torzítások felderítésére.

### *A tanulmányok jellemzése és módszertani minősége*

*Sotéria USA: Mosher és társai (1975); Mosher(1976); Mosher és Menn(1975); Mosher és Menn (1977); Mosher és Menn (1978); Mosher és Menn (1982); Matthews és társai(1979); Mosher (1991); Mosher és társai (1995);Mosher (1999; Bola (1999; Bola és Mosher (2002 a., Bola és Mosher ( 2003)*

Referenciák: 13-25-ig a bibliográfiában.

Ezen tanulmányok magukban foglalják a két csoport, a Sotériába 1971- 1976, valamint 1976-79 között felvett páciensek adatait, amelyeket összehasonlítottunk egy kórházba felvett kontrollcsoport adataival. Bola és Mosher (25) tanulmánya az adatok legfrissebb és legfőbb forrása. A szerzők fő állítása, hogy a Sotériába felvett páciensekkel 2 éves időintervallum során jobb eredményeket tudtak felmutatni, mint hagyományos kórházi betegekkel.

**1. táblázat** – azok a tanulmányok, amelyeket beválogattunk.

Tanulmány	Jelleg	A program leírása	Kontrollcsoport
SOTERIA USA Mosher és társai (13),  Mosher (14),	1. csoport: szinte kísérleti jellegű, egymást követő besorolás  a kezelésre vagy a kontrollcsoportba	Sotéria Projekt, USA	Kórházak bentlakó pszichiátriai kezeltjei
Mosher és Menn (15), Mosher és Menn (16) Mosher és Menn (17), Mosher és Menn (18), Mathews és társai (19) Mosher (20) Mosher és társai (21) Mosher (22) Bola (23) Bola és Mosher (24) Bola és Mosher (25)	2. csoport: randomizált, konrollált vizsgálat		
Soteria Bern:	A randomizációt a kórházi	Sotéria	Páciensek,

	ágyak hozzáférhetősége korlátozta	Berne,  Svédország	akiket helyhiány miatt nem tudtak felvenni a Sotériába
Ciompi és társai (10)			
Ciompi, (26)			
Ciompi és Bernasconi (27),			
Ciompi és társai (28),			
Ciompi és társai (29),			

Számos probléma merül föl e cikkgyűjteménnyel kapcsolatban, amelyek közül egyesek megmagyarázhatók a kutatások lefolytatása idején jellemző kutatási gyakorlatokkal, de mások kevésbé.

Az adatokat nem mindig világosan közlik. Az első csoport alternatív elosztással került elhelyezésre a Sotériához, illetve a kontrollcsoporthoz, amit ma ál-randomizáltságnak nevezhetnénk. A második csoport randomizáltként van leírva, noha a randomizálás módszere nincs megadva. Ezek fő eredményeit egy táblázatban mutatjuk be, kombinálva a két halmazt (...). Az eredményeket a vizsgálatokat végigcsináló résztvevőkre vonatkozóan mutatjuk be, az adatok a két évvel későbbi utánkövetéses vizsgálatig ( N=129) és végpont elemzésig nyúlnak, amelyek magukban foglalják azon további résztvevők adatait, akik nem csinálták végig a követéses vizsgálatot ( N= 160), amelyben az utolsó megfigyeléseket végezték. 179 résztvevőt vettek be a kombinált vizsgálatba és a 19 lemorzsolódó személy adatait nem vették bele az eredményekbe. Akik a tanulmányokat készítették, szintén belevették a vizsgálatokat befejező személyek eredményeit a lemorzsolódásból adódó torzítást kiigazítva, de nem ismerjük annyira az általuk alkalmazott statisztikai módszereket, hogy kommentálhatnánk azokat.

Szintén nincs számításunk a minta méretére vonatkozóan, és hasznos lenne visszatekintő kalkulációt végezni erre vonatkozóan, hogy lássuk, a kombinált vizsgálatok adekvátan hatékonyak-e.

Első látása, újra interpretálva az adatokat, az eredmények relatíve nem olyan meggyőzőek. Csak egyetlen tényező – az, hogy valaki egyedül vagy párban él – mutatott szignifikáns eltérést a végponti elemzésnél. És csak a globális pszichopatológia volt szignifikáns a vizsgálatot végigcsinálók adatai alapján. Három tényező – az összetett eredmény, a globális pszichopatológia és az újra felvettek száma – volt szignifikáns a vizsgálatot végigcsinálókra vonatkozóan, a lemorzsolódási torzítással történő korrigálást követően.

*Sotéria Berne: Ciompi és társai (1992); Ciompi (1997); Ciompi és Bernasconi (1986); Ciompi és társai( 1991), Ciompi és társai( 1993); Ciompi és Hofmann (2004) referenciák 10, 26, 34-88 a bibliográfiában.*

Ez csak egy kicsiny vizsgálat volt, melyben huszonkét, a DSM-III-R (*ez a DSM előző, 1987-es kiadása, a ford. megjegyzése.*) kritériumai alapján szkizofrének vagy szkizofreniform zavarban szenvedőnek diagnosztizált személy 2 éves utánkövetéses összehasonlítását végezték el, azonos számú és életkorban, nemben, képzettségben, pszichopatológiában és betegség időtartamát illetően is megegyező kontrollszemélyt alkalmazva. (*szkizofreniform zavar- a szkizofrénia kritériumai teljesülnek, a tünetek fennállásának időtartama minimum egy hónap, de a hat hónapot nem éri el. A ford. megjegyzése*) Az elhelyezést a kórházi ágyak hozzáférhetősége által korlátozott randomizáció alapján végezték el, ami a szerzők bevallása szerint torzításokat eredményezhetett. Szignifikáns különbségeket csak az átlagos napi gyógyszer dózis és a teljes dózis között találtak a két csoport között, megismételve az amerikai vizsgálatokban kapott korlátozott különbségeket.

Az összes kutatási adatot az 1-3. táblázatban mutatjuk be.

## 2. táblázat, a vizsgálatok jellemzői

Tanulmány	Beválogatási kritérium	Kizárási kritérium	A minta mérete	Eredmény
Mosher és társai (13),	A DSM–II szkizofrénia kritériumai alapján	Nincs rá adat	1- es csoport: 79 személy	2 éves utánkövetéssel: 1. újr felvettek a 24 órás ellátásba
Mosher (14),				2. az újr felvettek száma
Mosher és Men 15),				3. az újra felvétel

	Akiről úgy vélték, hogy szüksége van kórházi ápolásra, 4- 7 megállapított Bleuleri szimptóma alapján		időtartama
Mosher és Menn (16)	Nem több mint 1 megelőző kórházi tartózkodás max. 30 napig vagy kevesebb ideig. Életkor: 15-32 évesek	2-es csoport: 100 személy	4. globális pszichopatológiai skála (Mosher és társai (30))
	Családi állapot: Egyedülálló		5. globális javulási skála ( Mosher és társai )(30))
			6.más, hasonló személyekkel önállóan élő
			7. rendszeres munkaképesség
			8. a Rövidített Követéses Értékelő Szempontrendszer működő alskálája
Mosher és Menn (17), Mosher és Menn (18), Mathews és társai (19) Mosher (20) Mosher és társai (21) Mosher (22) Bola (23) Bola és Mosher (24) Bola és			

---

Mosher  
(25)

Soteria  
Bern:  
Ciompi és  
társai (10)

Ciompi,  
(26)  
Ciompi és  
Bernasconi  
(27),  
Ciompi és  
társai (28),  
Ciompi és  
társai (29),

Életkor: 17- 35

Drog vagy  
alkoholfüggőség

Kezeltek  
száma: 22  
Személy

2 éves  
utánkövetés:  
1.Rövidített  
Pszichiátriai  
Értékelő Skála

2. otthoni  
szituációkban

3. munkahelyi  
szituációkban

4. általános  
eredmény az 1. 2.  
és 3. pontok  
kombinációja  
alapján

5. globális  
autonómia  
6. a visszaesési  
ráta

DSM-III-R  
Szkizofréria  
vagy  
Szkizofreniform  
pszichózis  
kritérium  
alapján  
legalább 2 -6  
szimptóma az  
azt megelőző  
négy héten át (  
téveszmék,  
hallucinációk,  
gondolkodási  
zavarok,  
katatónia,  
affektív  
szkizofrén

A kezelés  
elutasítása,  
nem együtt-  
működő  
magatartás

Kontoll-  
csoport:22  
személy

7. átlagos  
gyógyszer dózis

---

---

zavarok,  
Súlyosan  
deviáns társas  
viselkedés

---

### **3. táblázat**

#### **Eredmények és konklúziók**

*A szerzők konklúziói:*

*Sotéria USA: A Sotéria kezelés 2 éves időtávon jobb eredményeket mutatott, a szkizofrénia spektrum pszichózissal újonnan diagnosztizált betegeknél.*

*Sotéria Bern: a 2 éves kezelés eredménye nem mutatott szignifikáns különbséget a Sotéria betegcsoportja és a kontrollcsoport között. (A ford. összefoglalása.)*

### **4. táblázat**

*A 4. táblázat egyesével végigveszi a vizsgálatból kizárt 56 db cikket, és megadja a kizárás okait: a) vagy b) okkal indokolva a kizárást.*

*Az a) esetben az adott cikk nem hivatkozott a Sotéria-módszerre.*

*A b) esetben az adott cikk, noha hivatkozott a Sotéria-módszerre, egyébként nem volt tudományosan lektorált, vagy nem tartalmazott annyi releváns új információt az értékelés szempontjából. (A ford. összefoglalása.)*

### **Megbeszélés**

Mindkét kutatás, az USA-ban végzett és a svájci is azt mutatta, hogy csak mérsékelt különbségek mutatkoznak a Sotéria-módszer és a szokásos kezelés között, az Sotéria USA-ban öt, a berni Sotériában két területen. (...) Azonban az amerikai összehasonlításokban a hatások iránya, a fennmaradó dimenziókat illetően, bár nem érte el a statisztikailag szignifikáns mértéket, a Sotéria-kísérletnek kedvezett. (23) Ez fontos, noha hajszálnyi eredmény, mivel egy valóban hatástalan kezelésben (ahol tehát nincs különbség a beavatkozás és a kontroll között) egyező számú dimenzióban várhatnánk kedvező eredményt mindkét kezelési módszerben. Ennélfogva a bizonyítékok, úgy tűnik, nem arra utalnak, hogy a Sotéria-módszer nem hatékony, sőt ellenkezőleg, inkább azt sugallják: legalább annyira hatékony, mint a hagyományos kórházi kezelés, és mindezt alapvetően antipszichotikumok használata nélkül éri el.

## Korlátozó tényezők

Kutatási stratégiánk sikere szempontjából fontos tényező volt a Sotéria-módszer koncepciója, amelynek lényege egyfajta terápiás „életmód”. Ez megfelelő mértékben rendelkezik olyan alkotóelemekkel, amelyek eléggé specifikusak ahhoz, hogy az adott projektet elhatárolják egyéb, szintén minimális gyógyszerkezést alkalmazó szkizofrénia-kezelésektől. Bola professzor inspiratív tudományos áttekintése (89) az első epizódos szkizofrénia gyógyszerkezelés nélküli kezeléseiről. Tömören felvázolja a különböző kezelések összetevőit, nyolc, egyaránt minimális gyógyszerkezést használó tanulmányt hasonlítva össze (beleértve a Sotéria-módszerhez ragaszkodókat, vagyis a jelen tanulmányban tárgyaltakat is). Bolát úgy értelmeztük: ő mintha azt sugallta volna, hogy — tekintettel a nem-gyógyszeres beavatkozó kezelés alkotóelemeire — speciális különbségek mutatkoztak a Sotéria-módszerhez ragaszkodó 2 tanulmány, illetve a fennmaradó vizsgálatok között, aminek következtében a Sotéria-módszer speciálisan különbözik összetevő jellegzetességeit illetően, (noha nem szükségképpen hatásaiban) minden más, minimális gyógyszerkezést alkalmazó első epizódos szkizofrénia-kezeléstől.

Mindezek, együtt a Sotéria-módszer meghatározó terápiás alapelveinek meglétével, alátámasztják azon állításunkat, miszerint a Sotéria-módszer egy speciális kezelési forma, noha ez a kérdés további vita tárgya lehet. Lehet, hogy szándékaink ellenére egyes beválogatott tanulmányokban a Sotéria-kifejezés nem adekvát értelemben volt használva, illetve egyes, bár nem valamennyi meghatározó Sotéria-alapelvelet hagyományos kórházi osztályokon szintén alkalmazták, amely kérdéstől máshol is írtak. (90) Válogatási kritériumainkat úgy alakítottuk ki, hogy megkerüljük ezt a problémát, úgy, hogy kiszűrjünk más, említett anomáliákat.( ...) Így valószínű, hogy az áttekintésünk csak azokat a lektorált, kontrolált tanulmányokat ölelte fel, amelyek a szigorú értelemben vett Sotéria-módszer hatékonyságáról szóltak. A könyvektől és könyvfejezetekből vett adatok áttekintésünkben való kizárása azzal is járhatott, hogy kihagytunk a gyógyszerkezelés, a minőségi szempontok, a Sotéria-módszer terápiás hatásainak magyarázatával kapcsolatos problémákra vonatkozó információkat.

Ugyanakkor szisztematikus áttekintésünk kifejezett célja volt, hogy felmérjük a Sotéria-módszer mint terápiás intervenció hatékonyságának értékelésére vonatkozó lehető legjobb empirikus bizonyítékokat — s ez volt az előzetes beválogatási szempontunk is. Ennek figyelembevételével a hatékonyságra vonatkozó, lektorált összehasonlító tanulmányokra összpontosítottunk, egy további, bár utólagos minőség-ellenőrzési szempontból tüzetesen megvizsgáltunk minden releváns kizárt könyvfejezetet. Nem tudtunk semmilyen további, a hatékonyságra vonatkozó adatot megragadni az áttekintésben már bennefoglaltakon túl.

Annak ellenére, hogy relatíve széles körű publikált szakirodalom található a témában, csak csekély számú adat volt hozzáférhető. Érdeemes megjegyezni, hogy az amerikai projekt ugyanazon adatai lettek publikálva számos alkalommal különböző folyóiratokban, noha, becsületükre legyen mondva, a szerzők nem kísérelték meg eltitkolni saját megelőző publikációikat. A kutatások színvonala igen változatos: egyes hibák megbocsáthatóak voltak (pl. ál-randomizáció), ám mások kevésbé voltak azok (lásd a statisztikai anyagokat). A Soteria-USA egyaránt magában foglalt első és második epizódos pácienseket, míg a Sotéria Bernben csak olyan személyek laktak, akik életük első szkizofrén epizódját tapasztalták meg. Így bármely, a Sotéria-módszer hatékonyságával kapcsolatos következtetés csakis a korai szkizofréniával diagnosztizált személyekre alkalmazható, és nem feltétlenül alkalmazható e zavar hosszabb távú formájával diagnosztizáltakra.

Ráadásul, az amerikai vizsgálat a DSM-II (91) szkizofrénia kritériumait alkalmazta, míg a Sotéria Berne a DSM-III-R kritériumait használta. A fő változás a DSM-II és DSM-III (és így a DSM-IV) között az volt, hogy az utóbbiakban már a szimptóma időtartama 6 hónapig kell, hogy fennálljon, így a DSM-IV korszakából visszatekintve a korábbi eredmények érvényessége és kiterjeszhetősége megkérdőjelezhető. A DSM-IV kritériumait felhasználva újradiagnosztizált amerikai csoporttal kapcsolatos tapasztalatok azt mutatták, hogy bár a tanulmány megfogalmazásakor szkizofréniával diagnosztizált egyének 58 % -át ezt követően szkizofreniform zavarral diagnosztizálták, ezek 68 %-a a két éves utánkövetéses szakaszon belül újból kórházba került. És valószínűleg megfeleltek volna DSM-IV szkizofrénia kritériumainak. (24) E megállapítás fokozza az eredmények érvényességét, mivel a 6 hónapos DSM-IV szerinti fennállási kritérium különösen konzervatív.

*(A DSM – a világ legnagyobb befolyással rendelkező pszichiátriai szervezetének, az Amerikai Pszichiátriai Társaság hivatalos klasszifikációs rendszere, és ma talán a legelterjedtebb klasszifikációs rendszer a nemzetközi pszichiátriában. 1952-es első kiadása óta rendszeresen átdolgozzák, bővítik, ám szinte megalkotása óta a viták keresztüzében áll.(...) 1980-ban, a DSM III-bevezetését követően a szkizofrénia diagnózisa az USA-ban a hatodára, Angliában a felére csökkent a diagnosztikus kritériumok változása miatt. Forrás: Kovács József: Bioetikai kérdések a pszichiátriában és pszichoterápiában. A ford. megjegyzése.)*

Szűkösen ugyan, de találhatóak a költségvetésre vonatkozó adatok is, noha az amerikai Sotériét át némiképpen olcsóbbnak írták le, a svájcit pedig kezdetekben sokkal költségesebbnek jellemezték, mint a hagyományos kezelést alkalmazó terápiákat. Azonban a berni Sotéria gazdasági újraértékelése feltárta, hogyha a társas és hivatásszerű rehabilitációt áthelyezik speciális helyi közösségi közegekbe (és nem a projekten belül végzik el ezt), a projekt költsége 10-20 %-kal alacsonyabb, mint a vele összehasonlítható helyi intézményeké. (88)

## **A tágabb kontextus**

E korlátozó tényezők az adatok ellenére mindazonáltal azt sugallják, hogy bár a Sotéria-módszernek a hagyományos kezeléssel szembeni széleskörű előnyeire vonatkozó tapasztalatok hiányoznak, van néhány meggyőző érv, amely a Sotéria-módszer újragondolására készíti minket, a mentális egészségügyi szolgáltatások változó közegének kontextusában. Például érdemes összevetni a Sotéria-módszer eredményeit a WHO által lefolytatott nemzetközi szkizofrénia kutatások eredményeivel (92), (93) amelyek a fejlődő országokban diagnosztizált egyének kedvezőbb eredményeit demonstrálják. Noha az eredmények igazi, meggyőző magyarázata még várat magára, emlékeztetnünk kell arra, hogy az eredeti közlemény szerzői arra a következtetésre jutottak, hogy a szkizofrénia vonatkozó eredményeknek a fejlődő és a fejlett országok között különbségeit illetően a szociokulturális tényezőknek volt a legnagyobb mértékű magyarázó ereje. Annak ellenére, hogy spekuláció is lehet, de névértéken véve a Sotéria-módszert, úgy tűnik, jellegét illetően jobban közelít a kedvezőbb eredményeket felmutató, a fejlődő országokban jellemző, támogató szociokulturális mechanizmusokhoz, mint a hagyományos módszerek.

## **A gyógyszerelés kérdése**

A szkizofréniaival diagnosztizáltak számára a hagyományos kezelés majdnem teljesen az antipszichotikumok használatára támaszkodik. A Sotéria-módszer arról nevezetes, hogy noha nem helyezkedik dogmatikusan gyógyszerellenes álláspontra, törekszik arra, hogy marginalizálja a gyógyszerelést, és úgy kezeli azt, hogy az úgynevezett tájékozott beleegyezés, azaz a jól informált kliens választása alapján, önkéntesen vegyék igénybe, a hagyományos kezelésekre jellemző nyilvánvaló vagy hallgatólagos kényszerítés nélkül.

Az eredeti tanulmányban a kísérleti csoportnak csak 24 %-a kapott bármilyen mennyiségű gyógyszert az első 6 hetes kezelés folyamán (szemben a kórházi kontrollcsoport 100 %-os arányával), és ezeknek mindössze 16 %-a részesült jelentős mértékű, 7 napot meghaladó időtartamú gyógyszeres kezelésben.

A 2 éves követéses vizsgálatnál az antipszichotikumot szedő kísérleti személyek aránya, 57 %-ra emelkedett, a kontrollcsoport 97 % mutatójával szemben. A berni Sotériában a kísérleti csoport 73 %-a szedett antipszichotikumot a 2 éves követés után, szemben a kontrollcsoportban tapasztalt 95 %-os aránnyal, és a két éves követéses vizsgálat antipszichotikum dózisának összessége 56 %-kal alacsonyabb volt a kísérleti csoportban. (88)

Bár ez a közelítés nyilvánvalóan ellenvetéseket provokálhat, minthogy kvantitatív empirikus bizonyítékok sora sugallja, hogy az antipszichotikumok statisztikailag szignifikáns mértékben produkálnak javulást a szkizofrénia tüneteiben, (94) megelőzik a visszaesést, (95) és megakadályozzák a hosszú időszak alatt fennálló kezeletlen pszichózist (Duration of Untreated Psychosis =D UP). (96) (Egyesek mellett érvelnek, hogy a hagyományos gyógyszerorientált pszichiátriai kezelések elvetése valójában meghosszabbítja a „kezeletlen pszichózis” időtartamát.) Azonban ezen kutatási eredmények következetességét és a hosszú távú eredmények alátámaszthatóságát megkérdőjelezték. Például a visszaesési ráta magas marad azon szkizofrén páciensek körében is, akiket gyógyszeriztek, valamint gyakran problémaként merül fel, hogy a betegek nem hajlandóak alávetni magukat a kezelésnek, (100) vagyis „nem működnek együtt”. Ráadásul, néhányan egyáltalán nem reagálnak semmilyen antipszichotikus kezelésre, (72) és a kutatások azt sugallják, hogy az atípusos antipszichotikumok (=második generációs antipszichotikumok) egyetlen előnye, összehasonlítva azokat az első generációs antipszichotikumokkal: alacsonyabb a kockázata annak, hogy extrapiramidális mellékhatásokat okoznak. Ilyen extrapiramidális mellékhatás a gyógyszerindukálta Parkinson-szindróma (*melyben a klasszikus Parkinson szindróma tüneteinek jelentkezhetnek, pl. remegés*), akut disztónia (*váltakozó vagy állandó görcsös izomösszehúzódnás, amely abnormális testtartást okoz, leggyakrabban a fej és nyak izmai érintettek*), akatízia (*az alsó végtagok mozgáskényszere; pl. súlyos akatízia esetén a páciens topog, nem képes egyhelyben állni vagy ülni - a ford. megjegyzései*). Bár ezek a „negatív előnyök” megkérdőjeleződtek az elmúlt években. (102); (103)

Valóban, a közelmúltbeli kutatások továbbra is rámutatnak a hosszú távon a második generációs antipszichotikumokat szedők körében a halálozás magas arányszámára, a várható rövidebb élettartamra, (104) a végzetes szívritmuszavarok és az elhízás (105) fokozott gyakoriságára.

A szolgáltatásokat igénybevevők sokszor maguk kérdőjelezzik meg a túlzott bizakodást a gyógyszerkezésben. (106) Ők a második generációs antipszichotikumok egyéb mellékhatásaira panaszkodnak, mint a motiváció elvesztése, szexuális diszfunkciók, hízás, (96) álmoság és nyugtalanság, (108), s amelyek valójában zavaróbbak számukra, mint az extrapiramidális mellékhatások. (107) Részint ezen aggályok miatt a kórházi ápoltak tradicionális, gyógyszeres kezeléséhez képest megnövekedett az érdeklődés az alternatív kezelési módok iránt. (108 -110)

Mindezen okoknál fogva fontos kutatni az alternatív terápiaik lehetőségeit, különösképpen, minthogy a felhasználók hajlandósága növekszik az iránt, hogy fokozzák a páciensek lehetőségét és autonómiáját az akut mentális krízis periódusában is, amikor az egyén képességei gátoltak. (111-113.)

## A választás lehetősége és a kapacitás kérdése az Egyesült Királyságban

Az aktuális brit egészségügyi reform középpontjában a beteg szabad választási lehetőségei állnak (114), amelyet úgy volt szokás citálni, mint egy bizonyítékon alapuló, páciens-központú mentális egészséggondozó rendszer létfontosságú komponensét, (115-117), és amely szintén fontos összetevője a befolyásos orvosi kockázat-haszon elemzési keretnek, amellyel a versengő kezelési típusokat értékelik. (118) A jelenlegi National Institute for Clinical Excellence (NICE: *angol független kormányzati intézet; Nemzeti Intézet az Egészségért és a Klinikum Kiválóságáért*) a szkizofrénia kezelésére vonatkozó irányelvei szerint ” az akut epizód alatt az antipszichotikumok adása nélkülözhetetlen”, és a rendelkezés nem terjed ki a pszichológiai jellegű beavatkozásokra. A páciens választási lehetősége arra korlátozódik, hogy bizonyos beleszólása lehet abba, melyik antipszichotikumot írják fel neki. A választhatóság koncepciója az alapja az úgynevezett tájékozott beleegyezésnek, ám csak abban az esetben beszélhetünk beleegyezésről, ha az érintett személy tisztában van azzal, hogy más választási lehetőségei is vannak. Megfontolandó, hogy a tájékozott beleegyezés koncepciója egy olyan rendszerbe van ágyazva, amely egy bizonyos intervenciós módot kötelezőként kezel, miközben az összes többi kezelési módot eredendően másodlagosnak tekinti.

A ’helyes’ gyakorlat azt is megköveteli, hogy abból az előfeltevésből induljanak ki, hogy minden felnőttben megvan az arra való képesség, hogy eldöntse, elfogadja-e vagy sem a javasolt orvosi beavatkozást -- hacsak be nem bizonyosodik, hogy nem képes felfogni a világosan közölt információt. (119) Ugyanakkor az Angliában és Wales-ben 1983-ban elfogadott Mental Health Act (*kb. Mentálhigiénés Törvény*) csekély jelentőséget tulajdonít a páciens beleegyezési képességének. (...) A beteg akarata ellenére történő kórházba utalása és kezelése kontextusában talán feltételezik a cselekvőképtelenséget, de biztos, hogy igazolható: múltbeli kutatások azt sugallják, hogy a szkizofréniaival diagnosztizált személyek kb.75 %-a megérti az információt és a kontrollcsoport tagjaihoz hasonló, a beleegyezésre vonatkozó döntéseket tud hozni. (120) Frissebb kutatások, amelyek a cselekvőképeség átfogó értelmezését használták, azt mutatták, hogy az akut általános felnőtt pszichiátriai osztályokra felvett betegek 56 %-a megőrizte a kezeléssel kapcsolatos döntési képességét, miközben a mánia és a téveszmék jelenléte, nem pedig a beteg akaratán kívüli kórházban tartása volt a cselekvőképtelenség fő előrejelző eleme. **Az általános felnőtt pszichiátriai osztályokra felvett személyek többsége valószínűleg megtartja a döntési képességét a kezelést illetően.** (122) Elméletben ezek az egyének tájékozott beleegyezéses döntést képesek hozni a kezelésüket illető preferenciákra vonatkozóan, azonban jelenleg az egyetlen univerzálisan elérhető kezelési lehetőség a gyógyszerelés, a körülmények által meghatározott pszichoszociális intervencióval vagy anélkül.

## **Jövöbeli kutatási és etikai megfontolások**

A Sotéria-módszer a szkizofrénia kezelésében a jelentős számú, de orvosilag nem képzett segítő személyzet és minimális gyógyszerhasználat mellett továbbra is az orvosi „takarékoság” érdekesnek tűnő példája. Az ezen áttekintésbe beválogatott tanulmányok azt sugallják, hogy a Sotéria-módszer azonos (és bizonyos specifikus területen jobb) eredményeket hoz a szkizofrénia kezelésében a hagyományos gyógyszer-alapú kezelésekhez képest. Áttekintésünk kiegészíti a Bola professzor (90) által készített metaanalízis eredményeit, amelyek kis-és közepes, statisztikailg nem szignifikáns hosszú távú előnyöket mutattak ki a Sotéria-módszer javára a hagyományos kezelésekkel szemben. Hogy ezeket a hatásokat pontosan hogyan érik el, az egyelőre vitatott, bár a magyarázó modellek egy konzisztens, érzelmileg biztonságot nyújtó terápiás környezet( 89) fontosságára összpontosítottak, amely hipotézist illetően a szkizofrénia témájában folytatott kutatások( 123, 124) erős empirikus bizonyítékokat szolgáltatottak. Fontos megjegyezni, úgy tűnik, hogy a Sotéria-módszer számottevően kevesebb antipszichotikus gyógyszerrel és alacsonyabb összköltséggel éri el eredményeit.

Más kutatók ortodoxabb orvosi rezsimekben minimalizálták az antipszichotikus gyógyszerek használatát, intenzív pszichoterápia-orientált támogatással együtt. ( 125-127) Ezek a tanulmányok, akárcsak a Sotéria-módszer, azonosítottak néhány előnyt, hátrányt viszont egyáltalán nem találtak azokat a személyeket illetően, akik kitarítottak a minimális gyógyszerelési kezelés mellett. Így úgy tűnik, hogy van bizonyos, bár korlátozott mértékű bizonyíték, amely a Sotéria-módszer által alkalmazott minimális gyógyszerelési megközelítést támogatja. Ugyanakkor e tanulmányok közül egyetlen egy sem használt szigorúan vett randomizált, kontrollált módszertant. Habár a bizonyítékon alapuló páciens választások támogatására használt bizonyítékoknak, amennyire csak lehet, a randomizált kontrollált kísérletek( továbbiakban=RCT) szisztematikus áttekintésén kellene alapulniuk, a megfigyelésen alapuló tanulmányokat, beleértve a kvalitatív kutatásokat szintén súlyuknak és hatásuknak megfelelően kell kezelni.(117). A Sotéria-módszerre és az egyéb, minimális gyógyszerelést használó, fent említett közelítésekre vonatkozó RCT adatok szükösségét csak további, szigorú kutatási módszertanon alapuló, felhasználó-centrikus eredményeket használó mély, kvalitatív kutatásokkal és a módszer hosszú távú hatásait mérő utánkövetéses vizsgálatokkal lehet javítani. Fontos lenne továbbá kellő hangsúlyt adni a megfelelő alcsoport-elemzéseknek, hogy megvizsgáljuk és azonosítsuk azokat az egyéneket (pl. a valódi szkizofreniform zavarral diagnosztizáltakat), akik profitálhatnak a módszertől. Ez természetesen csak akkor lehetséges, ha további Sotéria, vagy Sotéria-jellegű projekteket létesítenek: az ilyen kutatás szükségessé tenné a gyógyszermentes vagy minimális gyógyszerelésű

protokollokat, ami potenciálisan aggályos lehet, de amiről már kiterjedt vitákat folytattak. (89, 128-133) Úgy tűnik, a jelenlegi konszenzus az, hogy az ilyen kutatás nem kapcsolatos a tájékozott beleegyezés széleskörű problémáival, vagy a pácienseket érintő hátrányos következményekkel és etikailag igazolható az új kezelések azonosítására irányuló útkereséssel. (128)

## **Következtetések**

A jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok köre mind a mennyiségi, mind minőségi szempontból hiányos, ami azt jelenti, hogy standard kezelésnek nem ajánlható a Sotéria-módszer. Ugyanakkor, arra vonatkozóan is hiányos a bizonyítékok köre, hogy a protokoll káros hatású lett volna, sőt még arra is, hogy a módszer bizonyos előnyökkel bír a hagyományos kezeléshez képest (különös tekintettel az antipszichotikum-használat mértékére és az összesített költségekre). A bizonyíték alapú gyógyszerelés némileg csúrt-csavart mantrájában „a bizonyíték hiánya nem a hatás hiányát mutató bizonyíték”, ám számos kezelésfajta, beleértve a pszichózis formális pszicoterápiáját, szintén nélkülözi a megfelelő bizonyíték-alapot. A közelmúlt kutatásai ismét azt mutatták, hogy a felhasználók magasra értékelik a mellékhatások hiányát,(134,135) valamint a felhasználók és a szolgáltatók túlnyomó többsége támogatja a bentlakásos krízis-kezelést, mint az akut kórházi ápolás alternatíváját. (136) Ez azt sugallja, hogy a Sotéria-módszer által kínált minimális gyógyszerelésű közelítés jobban megfelelhet a páciensek prioritásainak.

A formális kutatási bizonyítékokat illetően a Sotéria-módszer megmarad annak, ami mindig is volt: egy érdekes, de sok szempontból még mindig kísérleti közelítés a szkizofréniával diagnosztizált személyek kezelésében. Azonban a módszer már 30 éve létezik, és úgy tűnik, hogy az alkalmazására vonatkozó klinikai tapasztalok bősége jelenleg csak csekély számú személy számára hozzáférhető, egy maroknyi európai országban.( 88) Égető szükség lenne további szigorú, kvantitatív és kvalitatív módszertant alkalmazó kutatásokra, hogy segítsük tisztázni pozitív és negatív, rövid és hosszú távú hatásait. Minthogy e közelítés iránti érdeklődés nemzetközileg növekszik, lehetséges, hogy közeleg a módszer újbóli átértékelése.

## **SZAKIRODALOM:**

1. Burston D. The Crucible of Experience: R.D. Laing and the Crisis of Psychotherapy. Boston, Mass: Harvard University Press; 2000.
2. Cooper D. Psychiatry and Anti-psychiatry. London, UK: Tavistock Press; 1967.

3. Jenner FA, Monteiro ACD, Zagalo-Cardoso JA, Cunha- Oliveira JA. Schizophrenia: A Disease or Some Ways of Being Human? Sheffield, UK: Sheffield University Press; 1993.
4. Pullen G. Schizophrenia: hospital communities for the severely disturbed. In: Campling P, Haigh R, eds. Therapeutic Communities: Past, Present and Future. London, UK: Jessica Kingsley; 1999:140–150.
5. Barnes M, Berke J. Mary Barnes: Two Accounts of a Journey Through Madness. London, UK: MacGibbon and Kee; 1971.
6. Mosher LR, Hendrix V. Soteria: Through Madness to Deliverance. San Francisco, Calif: XLibris; 2004.
7. Mosher LR. Soteria-California and its successors: therapeutic ingredients, Wie wirkt Soteria? In: Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M, eds. —Ein atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet [How does Soteria work?—an unusual treatment of schizophrenia, critically evaluated]. New York, NY: Huber; 2001:13–43.
8. Mosher LR, Bola JR. Soteria California and its American successors: therapeutic ingredients. Ethical Hum Psychiatry Psychol. 2004;6:147–163.
9. Soteria Network, UK. Inaugural Conference ‘Alternatives— What Alternatives? Birmingham, UK: Centre for Community Mental Health, University of Centre for Community Mental Health, University of Central England; 2005.
10. Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C, et al. The pilot project “Soteria Bern”: clinical experiences and results. Br J Psychiatry. 1992;161:145–153.
11. Higgins JPT, Green S, eds. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2006.
12. World Health Organization. International Classification of Mental and Behavioural Disorders: ICD-10. Geneva, Ill: WHO; 1992.
13. Mosher LR, Menn AZ, Matthew SM. Soteria: evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. Am J Orthopsychiatry. 1975;45:455–467.
14. Mosher LR. Implications of family studies for the treatment of schizophrenia. Ir Med J. 1976;69:456–463.
15. Mosher LR, Menn AZ. Soteria: an alternative to hospitalisation for schizophrenia. Curr Psychiatr Ther. 1975;15: 287–296.
16. Mosher LR, Menn AZ. Soteria House: one year outcome data. Psychopharmacol Bull. 1977;13:46–48.
17. Mosher LR, Menn AZ. Community residential treatment or schizophrenia: two-year follow-up. Hosp Community Psychiatry. 1978;29: 715–723.
18. Mosher LR, Menn AZ. Soteria: an alternative to hospitalisation for schizophrenics. Curr Psychiatr Ther. 1982;21: 189–203.
19. Matthews SM, Roper MT, Mosher LR, Menn AZ. A nonneuroleptic treatment for schizophrenia: analysis of the two-year post-discharge risk of relapse. Schizophr Bull. 1979; 5:322–333.

20. Mosher LR. Soteria: a therapeutic community for psychotic persons. *Int J Ther Communities*. 1991;12:53–67.
21. Mosher LR, Vallone R, Menn AZ. The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-week psychopathology outcome data from the Soteria project. *Int J Soc Psychiatry*. 1995;41:157–173.
22. Mosher LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalisation. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187:142–149.
23. Bola JR. Evaluation of treatment in early acute episode psychosis: secondary analysis of the Soteria study. Dissertation Abstract International Section A. Humanities and Social Sciences. Ann Arbor, MI: Proquest Information and Learning; 1999;60(3):8–86.
24. Bola JR, Mosher LR. Predicting drug-free treatment response in acute psychosis from the Soteria project. *Schizophr Bull*. 2002;28:559–575.
25. Bola JR, Mosher LR. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: two-year outcomes from the Soteria project. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:219–229.
26. Ciompi L. The Soteria-concept, theoretical bases and practical 13 year experience with a milieu-therapeutic approach to acute schizophrenia. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 1997;99: 634–650.
27. Ciompi L, Bernasconi R. Soteria Bern, Erste Erfahrungen mit einer neuartigen Milieuthherapie für akute Schizophrenie. [Soteria Bern. Initial experiences with a new milieu therapy for acutely schizophrenic patients]. *Psychiatr Prax*. 1986;13: 172–176.
28. Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C, Aebi E. Das Pilotprojekt Soteria Bern zur Behandlung akut Schizophrener. I Konzeptuelle Grundlagen, praktische Realisierung, klinische Erfahrungen [The pilot project Bern in treatment of acute schizophrenic patients. I Conceptual principles, practical realisation, clinical experiences]. *Nervenarzt*. 1991;62:428–435.
29. Ciompi L, Kupper Z, Aebi E, et al. Das Pilotprojekt Soteria Bern zur Behandlung akut Schizophrener. II. Ergebnisse einer vergleichenden prospektiven Verlaufsstudie über 29 Soteria Paradigm for the Treatment of People With Schizophrenia Jahre. [The pilot project Soteria Bern in treatment of acute schizophrenic patients. II. Results of a comparative prospective follow-up study over 2 years]. *Nervenarzt*. 1993; 64:440–450.
30. Mosher LR, Vallone R, Menn A. Identical twins discordant for schizophrenia: Neurologic findings. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;29:715–723.
31. Sokis DA. A brief follow-up rating. *Compr Psychiatry*. 1970;11:445–459.
32. Thornley B, Adams C. Content and quality of 2000 controlled trials in schizophrenia over 50 years. *BMJ*. 1998; 317:1181–1184.
33. Ferriter M, Huband N. Does the non-randomised controlled study have a place in the systematic review? A pilot study. *Crim Behav Ment Health*. 2005;15:111–120.

34. Ahern L, Fisher D. An alternative to PACT; recovery at your own PACE. *Ment Health Spec Interest Q.* 2001; 24:3–4.
35. Ahern L, Fisher D. Recovery at your own PACE (personal assistance in community existence). *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2001;39:22–33.
36. Bola JR, Mosher LR. Clashing ideologies or scientific discourse? *Schizophr Bull.* 2002;28:583–588.
37. Bola JR, Mosher LR, Cohen D. Treatment of newly diagnosed psychosis without antipsychotic drugs: the Soteria project. *Foundations of social work knowledge.* In: Kirk SA, ed. *Mental Disorders in the Social Environment: Critical Perspectives.* New York, NY: Columbia University Press; 2005: 368–384.
38. Carpenter WT, Buchanan RW. Commentary on the Soteria project: misguided therapeutics. *Schizophr Bull.* 2002;28: 577–581.
39. Chamberlin J. Loren Mosher; an appreciation. *Psychiatr Rehabil J.* 2004; 28:103–104.
40. Ciompi L. Soteria: können die wirksamen faktoren auch im klinikalltag realisiert werden? [Soteria: can efficient factors also be realised in conventional hospital treatment?] *Nervenheilkunde.* 2001;20:78–84.
41. Ciompi L. Für eine sanftere Psychiatrie Zum Menschen und Krankheitsverständnis der Affektlogik [To a more gentle psychiatry. Towards persons and affect logic's understanding of illness]. *Psychiatr Prax.* 2003;30(supp1):28–36.
42. Dauwalder JP, ed. *Soteria Bern, treatment and prevention of schizophrenia without neuroleptic drugs.* Lisse, Netherlands: Swets and Zeitlinger; 1990.
43. De Crescente M, Mosher L. (1934–2004). *J Eur Psychoanal.* 2004;18:145–146.
44. Delaney KR. Milieu therapy: a therapeutic loophole. *Perspect Psychiatr Care.* 1997;33:19–28.
45. Fabre JP. Soteria house: une approche different du traitement de la schizophrénie. [Soteria house: a different approach to treatment of schizophrenia]. *Inf Psychiatr.* 1979;55:917–920.
46. Gosden R. Duty of care to students in extreme mental states. *Ethical Hum Sci Serv.* 2001; 3:33–45.
47. Greenblatt M, Budson RD. A symposium: follow-up studies of community care. *Am J Psychiatry.* 1976;133:916–921.
48. Guazzeli M, Palagini L, Giuntoli L, et al. Outcomes of patients with schizophrenia in a family-style, residential, community-based program in Italy. *Psychiatr Serv.* 2000;51: 1113–1115.
49. Harangozo J. Solidaritas a soteriaval es masokkal: merre halad a magyar pszichiatria? [Solidarity with Soteria and others]. *Psychiatr Hung.* 2000;15:221–223.

50. Hirschfeld RM, Matthews SM, Mosher LR, Menn AZ. Being with madness: personality characteristics of three treatment staffs. *Hosp Community Psychiatry*. 1977;28:267–273.
51. Johnson DL. Understanding and treating schizophrenia: contemporary research, theory, and practice. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;28:411–412.
52. Mazzola GS. Le soterie. *Acta Neurol (Napoli)*. 1970;25: 723–730.
53. Mosher LR, Reifman A, Menn AZ. Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics. *Hosp Community Psychiatry*. 1973;24:391–396.
54. Menn AZ, Mosher LR. The Soteria project—an alternative to hospitalisation for schizophrenics: some clinical aspects. In: Jorstad J, Ugelstad E, eds. *Schizophrenia*. Oslo, Norway: Universitetsforlaget; 1976: 347–372.
55. Mosher LR, Menn AZ. Lowered barriers in the community: the Soteria model. In: Stein LI, Test MA, eds. *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. New York, NY: Plenum Press; 1977: 75–113.
56. Mosher LR, Menn AZ. Enhancing psychosocial competence in schizophrenia: preliminary results of the Soteria project. In: Fann WE, Karacan IC, Pokomy AD, Williams RL, eds. *Phenomenology and Treatment of Schizophrenia*. New York, NY: Spectrum; 1978: 371–386.
57. Mosher LR, Menn AZ, Shershow JC. *Schizophrenia: Science and Practice*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1978: 223–239.
58. Mosher LR, Menn AZ. Soteria: an alternative to hospitalisation for schizophrenics. In: Lamb HR, ed. *New Directions for Mental Health Services: Alternatives to Acute Hospitalisation*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass; 1979: 189–206.
59. Mosher LR, Menn AZ. Scientific evidence and system change: the Soteria experience. In: Stierlin H, Wynne LC, Wirsching M, eds. *Psychosocial Interventions in Schizophrenia*. Heidelberg, Germany: Springer-Verlag; Vol 21 (1983): 93–108.
60. Mosher LR. Alternatives to psychiatric hospitalisation: why has research failed to be translated into practice? *N Engl J Med*. 1983; 309: 1479–1480.
61. Mosher LR, Menn AZ. An alternative to hospitalisation for schizophrenia. In: Masserman JH, ed. *Current Psychiatric Therapies*. New York, NY: Grune and Stratton; Vol 21 (1984) 189–206.
62. Mosher LR. Community residential treatment: alternatives to hospitalisation. In: Bellack AS, ed. *A Clinical Guide for the Treatment of Schizophrenia*. New York, NY: Plenum Press; 1989:135–161.
63. Mosher LR, Hendrix V. In Memoriam: R.D. Laing. An anti-psychiatrist's contribution to contemporary psychiatry. *Int J Ther Communities*. 1991;12:43–51.
64. Mosher LR, Vallone R, Menn AZ, Hendrix V, Fort DC. *Treatment at Soteria House: A Manual for the Practice of Interpersonal Phenomenology*. Washington, DC: National Institute of Mental Health; 1992.

65. Mosher LR, Burti L. Alternatives to hospitalisation. In: Mosher LR, Burti L, eds. *Community Mental Health: A Practical Guide*. New York, NY: WW Norton; 1994: 119–142.
66. Mosher LR. The Soteria project: the first generation American alternatives to psychiatric hospitalisation. In: Warner R, ed. *Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995: 112–125.
67. Mosher LR. The Soteria Project: therapeutic communities for psychotic persons. In: Breggin P, Stem M, eds. *The Psychotic Patient*. Binghamton, NY: Haworth; 1996: 43–58.
68. Mosher LR, Bola JR. Das Soteria project: einschätzung des affekts un interventionsformen [The Soteria project: assessment of affect and interventions]. In: Machleidt W, Halternet H, Gaslipp P, eds. *Schizophrenie—eine affektive Erkrankung?*. Stuttgart, Germany: Schattauer; 1999: 243–257.
69. Mosher LR, Bola JR. The Soteria project: twenty-five years of swimming upriver. *Complexity and Change*. 2000; 9: 68–74.
70. Mosher LR. Die Anwendung von therapeutischen prinzipien der soteria in der gemeindepsychiatrischen versorgung ?[Application of Soteria principles to community psychiatric care]. In: Wollschlager M, ed. *Socialpsychiatrie: Entwicklungen- Kontroversen-Perspektiven*. Tübingen, Germany: Verlag; 2001: 497–503.
71. Mosher LR. Treating madness without hospitals: Soteria and its successors. In: Schneider KJ, Bugental JFT, Broccard M, eds. *The Handbook of Humanistic Psychology*. Thousand Oaks, Calif: Sage; 2001: 389–401.
72. Mosher LR. Non-hospital, non-drug interventions with first episode psychosis. In: Read J, Mosher LR, Bentall R, eds. *Models of Madness: Psychological, Social, and Biological Approaches to Schizophrenia*. Hove, UK: Brunner-Routledge; 2004: 349–364.
73. Peltzer K, Machleidt W. A traditional (African) approach towards the therapy of schizophrenia and its comparison with Western models. *Therapeutic communities*. *Int J Ther Support Organ*. 1992; 13: 229–242.
74. Scharfetter CH. Psychotherapie für schizophrenie: historischer überblick und grundsätze. (Historical development and principles of psychosocial therapeutic interventions for schizophrenics). *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 1999; 150: 217–224.
75. Schneider KJ, Bugental JFT, Pierson JF. *The Handbook of Humanistic Psychology: Leading Edges in Theory, Research, and Practice*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications Inc; 2001.
76. Sharfstein SS. Soteria and the medical marketplace. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 187: 129–130.
77. Smith J. The healing elements of an environment for those with chronic psychosis. *Therapeutic communities*. *Int J Ther Support Organ*. 2000; 21: 37–46.

78. Thomas P. Soteria: salvation for the twenty-first century. *Asylum*. 2004; 14:7.
79. Wendt RJ, Mosher LR, Matthews SM, Menn AZ. A comparison of two treatment environments for schizophrenia. In: Gunderson JG, Will OA, Mosher LR, eds. *The Principles and Practice of Milieu Therapy*. New York, NY: Jason Aronson; 1983: 17–33.
80. Wilson HS. Presencing: social control of “schizophrenics” in an antipsychiatric community. In: Kneisl CR, Wilson HS, eds. *Current Perspectives in Psychiatric Nursing*. St Louis, Mo: C.V.Mosby; Vol 1 (1976)164–175.
81. Wilson HS. Conjoint becoming: study of Soteria. In: Kneisl CR, Skodol HS, eds. *Current Perspectives in Psychiatric Nursing*. St Louis, Mo: C.V.Mosby; Vol 2 (1978) 135–148.
82. Wilson HS. *Deinstitutionalised Residential Care for the Mentally Disordered: The Soteria House Approach*. New York, NY: Grune and Stratton; 1982.
83. Wilson HS. Presencing: social control of schizophrenics in an antipsychiatry community: an illustration of grounded theory. In: Munhall PL, Oiler CJ, eds. *Nursing Research: a Qualitative Perspective*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Croft; 1986: 131–144.
84. Wilson HS. Replicating a low EE environment: the Soteria approach ten years later. *Fla Nurs Rev*. 1990; 13:1–8.
85. Windgassen K, Tolle R. Wie Konnen wir die Schizophrenen besser behandeln? Anmerkungen zu der Arbeit von L.Ciompi, H.P. Dauwalder, C.H. Maier und E. Aebi. *Das Pilotprojekt Soteria Bern zur Behandlung akut Schizophrener*. [How can we improve treatment of schizophrenia? Comments on the contribution by L. Ciompi, H.P. Dauwalder, C.H. Maier and E. Aebi. The Soteria Bern pilot projects of treatment of acute schizophrenic patients]. *Nervenarzt*. 1992; 63: 577–579.
86. Zapotoczky HG, Wenzel T. *The Scientific Dialogue: From Basic Research to Clinical Practice*. Lisse, Netherlands: Swets and Zeitlinger Publishers; 1990.
87. Ciompi L, Hoffmann H, Broccard M, eds. *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Schizophreniebehandlung—kritisch durchleuchtet*. (How does Soteria work? An unusual treatment of schizophrenia, critically evaluated). Bern: Huber; 2001.
88. Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*. 2004;3:140–146.
89. Bola JR. Medication-free research in early episode schizophrenia: evidence of long-term harm? *Schizophr Bull*. 2006; 32: 288–296.
90. Ciompi L, Hoffmann H, Leisinger S. ‘Soteria-Station’?— Zur Frage des Namens von psychiatrischen Krankenhausstationen mit sog Soteria-Elementen [‘Soteria ward’?—on the name of hospital wards with so-called Soteria elements]. *Krankenhauspsychiatrie*. 2005; 16: 120–124.

91. American Psychiatric Association. DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. Washington, DC: APA; 1980.
92. Jablensky A, Sartorius N, Emberg G, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl.* 1992; 22: 1–97.
93. World Health Organization. Schizophrenia: An International Follow-up Study. New York, NY: John Wiley & Sons; 1992.
94. Davis JM. Recent developments in the drug treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1976; 133: 208–214.
95. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler S, Ulrich RF. Collaborative study group. Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients II. Two year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry.* 1974; 31: 603–608.
96. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1992; 149: 1183–1188.
97. Warner D. Problems with early and very early interventions in psychosis. *Br J Psychiatry.* 2005; 187: 104–107.
98. Bentall RP, Morrison AP. More harm than good: the case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *J Ment Health.* 2002; 11: 351–356.
99. Moncrieff J. Clozapine vs conventional antipsychotic drugs for treatment-resistant schizophrenia: a re-examination. *Br J Psychiatry.* 2003;183:161–166.
100. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker WW. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102: 83–86.
101. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. A typical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: 11 Soteria Paradigm for the Treatment of People With Schizophrenia systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ.* 2000; 321: 1371–1376.
102. Jones PB, Barnes TE, Davies L, Dunn G, et al. Randomised controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2006; 63: 1079–1087.
103. Lieberman JA, Scott Stroup T, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New Engl J Med.* 2005; 353: 1209–1224.
104. Hennessy S, Bilker WB, Knauss JS. Cardiac arrest and ventricular arrhythmia in patients taking antipsychotic drugs: cohort study using administrative data. *BMJ.* 2002; 325: 1070–1072.
105. Zarate CA, Patel J. Sudden cardiac death and antipsychotic drugs: do we know enough? *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58: 1168–1171.
106. Rogers A, Day JC, Williams B, et al. The meaning and management of neuroleptic medication: a study of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Soc Sci Med.* 1998; 47: 1313–1323.

107. Day J, Kinderman P, Bentall R. Discordant views of neuroleptic side-effects: a potential source of conflict between patients and professionals. *Acta Psychiatr Scand.* 1997; 97: 93–97.
108. Lewis S, Tarrier N, Drake RJ. Integrating non-drug treatments in early schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2005; 187: 65–71.
109. Podvoll EM. *Recovering Sanity: A Compassionate Approach to Understanding and Treating Psychosis.* Boston, Mass: Shambhala; 2003.
110. Read J, Mosher L, Bentall R. *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia.* Hove, UK: Brunner-Routledge; 2004.
111. Amering M, Stasny P, Hopper K. Psychiatric advanced directives: a qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *Br J Psychiatry.* 2005; 186: 247–252.
112. Atkinson JM, Garner HC, Patrick H, Stewart S. Issues in the development of advanced directives in mental health care. *J Ment Health.* 2003; 12: 463–474.
113. National Institute for Clinical Excellence. *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care.* London, UK: NICE; 2002.
114. Department of Health. *Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS.* London, UK: DoH; 2003.
115. Department of Health. *National Service Framework for Mental Health.* London, UK: DoH; 1999.
116. Fulford KWM. Concepts of disease and the meaning of patient-centred care. In: Fulford KWM, Hope T, eds. *Essential Practice in Patient-Centred Care.* Oxford, UK: Blackwell Science Ltd; 1996: 3–4.
117. Hope T. Evidence-based patient choice and psychiatry. *Evid Based Ment Health.* 2002; 5: 100–101.
118. Kravitz RL, Duan NH, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *Milbank Q.* 2004; 82: 661–687.
119. General Medical Council. *Seeking Patients' Consent: The Ethical Considerations.* London, UK: GMC; 1998.
120. Grisso T, Appelbaum PS. Comparison of standards for assessing patients' capacities to make treatment decisions. *Am J Psychiatry.* 1995; 152: 1033–1037.
121. Cairns R, Maddock C, Buchanan A, et al. Prevalence and predictors of mental incapacity in psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry.* 2005; 187: 379–385.
122. Jeste DV, Saks E. Decisional capacity in mental illness and substance use disorders: empirical database and policy implications. *Behav Sci Law.* 2006; 24: 607–628.
123. Harding CC, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness. II. Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1987; 144: 727–737.

124. Vaughn C, Leff J. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatry*. 1976;129: 125–137.
125. Alanen YO, Lehtinen K, Rakkolainen V, Aaltonen J. Needadapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 83: 363–372.
126. Carpenter WT, McGlashan TH, Strauss JS. The treatment of acute schizophrenia without drugs: an investigation of some current assumptions. *Am J Psychiatry*. 1977; 134: 14–20.
127. Cullberg J, Levander S, Holmqvist R, Mattsson M, Wieselgren IM. One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish parachute project. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106:276–285.
128. Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Rakkolainen V, Syvalahti E. Two year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed? *Eur Psychiatry*. 2000;15: 312–320.
129. Carpenter WT, Schooler NR, Kane JM. The rationale and ethics of medication-free research in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:401–407.
130. Carpenter WT. The risk of medication-free research. *Schizophr Bull*. 1997;23:11–18.
131. Carpenter WT. Medication-free research and patient safety. *Schizophr Bull*. 1998; 24: 35–36.
132. Fins JJ, Miller FG. The call of the Sirens: navigating the ethics of medication-free research in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54: 415–416.
133. Moser DJ, Reese RL, Schultz SK, et al. Informed consent in medication-free schizophrenia research. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1209–1211.
134. Shumway M. Preference weights for cost-outcome analyses of schizophrenia treatments: comparison of four stakeholder groups. *Schizophr Bull*. 2003; 29: 257–266.
135. Shumway M, Sauders T, Shern D, et al. Preferences for schizophrenia treatment outcomes among public policy makers, consumers, families, and providers. *Psychiatr Serv*. 2003;54:1124–1128.
136. Agar-Jacomb KM. Mental Health Crisis Services: What do Service Users Need When in Crisis? A Retrospective Study. Auckland, New Zealand: Department of Psychology, University of Auckland; 2006.12 T. Calton et al.