

**Die neue Klientenstruktur in psychiatrischen Settings –
am Beispiel einer emotional instabilen Frau und der
Therapie durch die Dialektisch-Behaviorale Therapie**

Bachelorarbeit

an der
Hochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt
Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften
zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor Soziale Arbeit (FH)

vorgelegt im September 2012 von

Nadine Weigl

Betreuer und Erstprüfer der Arbeit: Prof. Dr. Frank Como-Zipfel
Zweitprüferin: Dipl. Soz.-Päd. (FH) Jacqueline Poralla

**„My religious experience transformed me,
but I could never promise that to someone else.
For most people, transformation is slow-
it happens without you realizing it. “**

Marsha M. Linehan

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1. Einleitung	2
2. Die Soziale Arbeit in der psychiatrischen Versorgungsstruktur	4
2.1 Beschreibung unterschiedlicher Einrichtungen in denen Soziale Arbeit stattfindet.....	4
2.2 Entwicklung der Sozialen Arbeit in den letzten 20 Jahren in Deutschland	10
2.2.1 Berufsprofile in der psychiatrischen Versorgungsstruktur.....	10
2.2.2 Strukturveränderungen in der Sozialen Arbeit.....	11
2.3 Entstehung und Konzipierung des Johanna-Kirchner-Hauses (JKH)	17
Vorstellung der Zielgruppe:	
3. Frauen mit emotional instabiler Persönlichkeit	22
3.1 Persönlichkeitsstörungen	22
3.2 Differenzierung zwischen impulsiven und Borderline-Typ	24
3.3 Beschreibung der Borderline-Symptomatik	25
3.4 Diagnosekriterien	30
3.5 Entwicklung der Borderline-Erkrankung in den letzten 10 Jahren in Deutschland und der Vergleich mit der psychischen Erkrankung Depression.....	32
4. Dialektisch-Behaviorale Therapie	37
4.1 Marsha M. Linehan	37
4.2 Darstellung der Methode der Dialektisch-Behavioralen Therapie	38
4.3 Empirische Befunde zur Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie	54
5. Fragestellung	57
6. Darstellung der Methodik	59
6.1 Das strukturierte Interview	59
6.2 Aufbau des Interviewleitfadens	59
6.3 Durchführung des Interviews	59
6.4 Die Auswertung	60
Strukturiertes Interview mit einer Borderline-Patientin des Johanna-Kirchner-Hauses	61
7.1 Klienteninterview	61
7.2 Auswertung des Interviews	84
8. Diskussion der Ergebnisse	90
9. Bedeutung für die Soziale Arbeit	97
10. Zusammenfassung	99
Literaturverzeichnis	100

Anhang

Interviewleitfaden

Danksagung

Erklärung zur Bachelorarbeit

Vorwort

Initial für meine Bachelorarbeit war das studienbegleitende praktische Semester und mein damit verbundenes Praktikum im Johanna-Kirchner-Haus der Arbeiterwohlfahrt (nachfolgend mit JKH abgekürzt) im Jahr 2010/11. Hierbei hatte ich die Möglichkeit, mich im Handlungsfeld der klinischen Sozialarbeit zu erproben, die Arbeit in der Übergangseinrichtung JKH umfassend kennen zu lernen und aktiv am Betreuungs- und Therapieprozess chronisch psychisch kranker Menschen mitzuwirken. Im Rahmen des Studienschwerpunkts „Soziale Arbeit mit psychisch- und suchtkranken Menschen“ an der Fachhochschule Würzburg konnte ich das im JKH erworbene Wissen wie auch meine dort gesammelten praktischen Erfahrungen und Kenntnisse weiter vertiefen und theoretisch fundieren. Dort war ich auch nach meinem praktischen Studiensemester ehrenamtlich tätig und bin nun seit März 2012 in einer Anstellung im Gruppendienst hauptamtlich beschäftigt. Im Austausch mit Herrn Professor Doktor Frank Como-Zipfel und dem Fachpersonal des JKH entstand die Idee zu dieser anwendungsorientierten Bachelorarbeit. In der praktischen Arbeit im JKH hat sich die Brisanz des Themas der Arbeit mit emotional instabilen Frauen und die Herausforderungen im Umgang mit der Klientengruppe und die damit verbundene wichtige Rolle der Sozialen Arbeit deutlich herauskristallisiert, was ich zum Anlass genommen habe, mich in meiner Bachelorarbeit diesem Thema anzunehmen.

Weiterhin möchte ich das Vorwort nutzen, um einige Bemerkungen zum Sprachgebrauch zu machen: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit stets die männliche Form verwendet (z.B. Klient, Sozialarbeiter, rechtlicher Betreuer usw.), ohne hiermit diskriminieren zu wollen. Die verwendeten Formulierungen schließen daher das weibliche Geschlecht mit ein. Des Weiteren werden Abkürzungen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und das Johanna-Kirchner-Haus (JKH) verwendet.

1. Einleitung

Sowohl für die Soziale Arbeit und die in ihr professionell tätigen Personen als auch für den gesamten Gesundheitssektor hat sich in den letzten Jahren ein drastischer Wandel in der Klientenstruktur abgezeichnet. Daher ist es notwendig, dass sich der Aufgabenbereich von Sozialpädagogen und Sozialarbeitern mit der gesellschaftlichen Entwicklung und dem Wandel der Bevölkerungsstrukturen stetig im Umbruch befindet. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, auf die Bedürfnisse der Klienten individuell zu reagieren und sich den Gegebenheiten immer wieder flexibel anzupassen (vgl. <http://www.bpb.de/apuz/31335/perspektiven-der-sozialen-arbeit>).

Die Soziale Arbeit ist eines der Arbeitsfelder, die ein großes Spektrum an verschiedenen Einsatzmöglichkeiten abdeckt, wie dies in einem solchen Ausmaß kaum ein anderes Berufsbild leisten kann. Neben der Arbeit in Ämtern wie zum Beispiel dem Jugendamt mit seinen vielfältigen Abteilungen, dem Gesundheitsamt, der Arbeitsagentur und dem Sozialamt kommt die Soziale Arbeit genauso in Schulen, Kindergärten, Heimen, Beratungsstellen für Familien, Eltern oder Jugendliche, Suchtberatungsstellen, Jugendzentren, Krankenhäusern, Mutter-Kind-Heimen, Rehabilitations- und Kurhäusern, Altenheimen, Schuldnerberatungen, und einer Vielzahl von unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen zum Einsatz. Das Klientel, mit dem sich Sozialpädagogen in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sehen, hat sich einem demographischen Wandel unterzogen. So ist auffällig, dass die Zahl der Personen, die Angebote der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen, in den letzten Jahren im Altersdurchschnitt deutlich gesunken ist (vgl. http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/5_nb_moe_psychiatrieplan_2005.pdf), während noch vor einigen Jahren das Hauptaugenmerk der Sozialen Arbeit auf ältere Bevölkerungsschichten gerichtet war (vgl. http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/5_nb_moe_psychiatrieplan_2005.pdf). So wird von professionell in der Sozialen Arbeit tätigen Personen regelrecht von einer Überflutung der Angebote von jungen Klienten gesprochen, die bereits in frühesten Kindheit Betreuungs- und Auffangstrukturen benötigen (vgl. <http://www.welt.de/politik/deutschland/article5841916/Immer-mehr-Jugendliche-werden-psychisch-krank.html>). Besonders auffällig ist die große Zahl junger Frauen, die vorrangig in psychiatrischen Settings vermehrt in Erscheinung treten (vgl.

<http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/C997E45F39CDC49AC1257759004A40EA>).

Dabei spielen häufig die emotionale Belastung und die sich daraus entwickelnden Störungsbilder besonders bei jungen Mädchen, die sich in der schwierigen Phase der Adoleszenz befinden, eine besondere Rolle. Deshalb soll es in dieser Bachelorarbeit um emotional instabile Frauen, und hierbei im Besonderen um Frauen mit der Diagnose „emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ“ (ICD-10 F60.31) gehen, mit dem Fokus darauf, wie sich die Zahl, der an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung erkrankten weiblichen Personen in Deutschland in den letzten Jahren entwickelt hat und sich diese Entwicklung in der Struktur der psychiatrischen Versorgungslandschaft auswirkt. Des Weiteren soll die Behandlung der Borderline-Erkrankung, die häufig komorbid mit diversen somatischen und weiteren psychiatrischen Leiden in Erscheinung tritt, am Beispiel des bisher einzigartigen Therapieverfahrens der Dialektisch-Behavioralen Therapie (im Folgenden mit DBT bezeichnet), welches von Marsha M. Linehan speziell für diese Form der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung entwickelt wurde, veranschaulicht werden.

2. Die Soziale Arbeit in der psychiatrischen Versorgungsstruktur

2.1 Beschreibung unterschiedlicher Einrichtungen in denen Soziale Arbeit stattfindet

Wie schon in der Einleitung dieser Arbeit angesprochen, ist das Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit ein breit gefächertes. Die Soziale Arbeit „[...] wirkt an den Schnittstellen zwischen den sozialen Bedürfnissen von Klienten bzw. Patienten einerseits und den institutionellen Zielsetzungen und trägerspezifischen Vorgaben andererseits“ (Wolfgang Schwarzer, 2004, S. 411). Im Folgenden soll insbesondere auf die Arbeit der Sozialpädagogen in der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Deutschland und deren Entwicklung in den letzten 20 Jahren eingegangen werden. Der Fokus liegt hierbei auf ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen.

Unter **ambulanten Einrichtungen** versteht man alle Institutionen, in denen ein Klient für eine bestimmte Zeit am Tag Betreuungsleistungen erhält, danach jedoch in seine Wohnung zurückkehrt. Nach dieser Definition fallen darunter auch niedergelassene Ärzte wie zum Beispiel Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten, und Allgemeinärzte. Diese kommen sowohl durch regelmäßige Kontrolltermine als auch durch kurzfristig notwendige Konsultationen mit den Klienten in Kontakt, sei es in der Praxis des Arztes oder bei einem Hausbesuch durch den Arzt. Die sozialpädagogische Aufgabe besteht hierbei darin, eine gute Zusammenarbeit mit den Ärzten zu suchen und zu pflegen, um zum Beispiel Informationen über die medikamentöse Behandlung des Klienten zu erhalten, notwendige Kontrolluntersuchungen in die Wege zu leiten, gutachterische Tätigkeiten abzustimmen und ein umfassendes Krisenmanagement zu gewährleisten. Um dies sicherzustellen empfiehlt sich eine gemeinsame Konsultation der behandelnden Ärzte mit dem Klienten zur Abstimmung der Behandlungsziele und einer evtl. Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Sozialpädagogen.

Eine weitere ambulante Einrichtung des psychiatrischen Versorgungssystems ist das Betreute Wohnen. Dabei handelt es sich meist um eine heimangebundene oder freie ambulante Betreuung psychisch kranker Menschen (oder Suchtkranker)

mit einem Personalschlüssel, der sich in Abhängigkeit des Betreuungsbedarfs der einzelnen zu betreuenden Klienten ergibt. Das Betreute Wohnen kann in Wohngemeinschaften stattfinden, in denen sich mehrere erkrankte Personen befinden und sich einen gemeinsamen Wohnraum miteinander teilen. Der Wohnraum wird in diesem Fall vom Träger bereitgestellt. Es besteht auch die Möglichkeit, dass sich Klienten eine eigene Wohnung suchen und dort alleine leben, wo sie im Rahmen ihres individuellen Betreuungsschlüssels regelmäßig über ein bestimmtes Zeitbudget durch einen Sozialpädagogen betreut werden. Klassische sozialpädagogische Aufgaben können je nach Bedarf in der Unterstützung der Alltagsbewältigung, sei es im materiellen Bereich wie dem Einkauf, dem Begleichen von Rechnungen oder anderen im Alltag anfallenden Aufgaben sowie die Unterstützung bei der Suche eines Arbeitsplatzes oder der Freizeitgestaltung liegen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang die gemeinsame Erarbeitung von Zukunftsperspektiven und die regelmäßige Reflexion von Entwicklungsschritten des Klienten. Die Krankheitsbewältigung und die strategische Entwicklung eines Krisenplans mit dem Klienten fallen ebenfalls in den Aufgabenbereich des Sozialpädagogen, wenn dessen beruflicher Aufgabenbereich in einer betreuten Wohnform verortet ist.

Pflegefamilien, die eine minderjährige psychisch erkrankte Person für einen zeitlich begrenzten Aufenthalt bei sich aufnehmen, zählen ebenfalls zu den ambulanten Einrichtungen. Hier umfasst der Aufgabenbereich des Sozialpädagogen, basierend auf dem § 35a SGB VIII, die Suche und Akquise von Pflegefamilien sowie die Überprüfung der Eignung der potentiell aufnehmenden Personen. Ist eine geeignete Pflegefamilie nach § 44 SGB VIII für einen Klienten gefunden, so ist neben der Vermittlung des Klienten in die aufnehmende Familie auch eine Begleitung und regelmäßige Hausbesuche durch den Sozialpädagogen zu gewährleisten, um auftretende Schwierigkeiten und Fragen abzuklären und Eskalationen in der Pflegefamilie vorzubeugen. So entsteht neben der Kooperation des Jugendamtes in Form des Sozialpädagogen mit der Pflegefamilie auch gleichzeitig die Möglichkeit, weitere geeignete Stellen in die Betreuung der psychisch erkrankten Person mit einzubeziehen.

In der Regel werden auf der Basis des § 1896 BGB gesetzliche Betreuer für volljährige psychisch erkrankte Menschen bestimmt. Diese fallen ebenfalls unter den

Bereich der ambulanten Hilfen. Der Betreuer wird für einen festgelegten Aufgabenkreis bestellt, welcher zum Beispiel die Vermögenssorge, die Aufenthaltsbestimmung und die Gesundheitsfürsorge umfassen kann. Der natürlichen Person fallen dann alle, durch das Betreuungsgericht bestimmten, Aufgabenkreise für einen Betreuer zu, die er im Sinne der zu betreuenden Person zu erfüllen hat (vgl. § 1897 BGB). Als gesetzliche Betreuer können unter anderem Anwälte, Sozialpädagogen, Erzieher, Alten- und Krankenpfleger, Verwaltungsfachkräfte und Angehörige der Erkrankten fungieren. Ebenfalls kann der Sozialpädagoge selbst als Betreuer einer psychisch kranken Person bestellt werden. Der Sozialpädagoge kann als selbstständiger Berufsbetreuer, in einem Betreuungsverein nach § 1900 BGB im Angestelltenverhältnis tätig sein oder als Mitarbeiter der zuständigen Behörde als Betreuer berufen werden.

Behörden fallen ebenfalls in die Kategorie der ambulanten Einrichtungen. Das Gesundheitsamt als Behörde des Landratsamtes übernimmt zahlreiche Funktionen der öffentlichen Versorgung und stellt neben dem Amtsarzt und dem Sozialdienst für psychisch kranke und suchtkranke Menschen ebenso das Jugendamt (vgl. § 2 SGB VIII), welches sich um die Belange von Kindern, jungen Erwachsenen und deren Familien kümmert. Hier umfasst das Aufgabenfeld des Sozialpädagogen die nachgehende und aufsuchende Arbeit sowie die Information über und Vermittlung von Hilfsangeboten. Darüber hinaus sind die Einschätzung der Situation der psychisch kranken Person und bei gegebenem Anlass die Anregung zur Einleitung von Zwangsmaßnahmen wichtige Bestandteile des Aufgabenbereichs. In diesem Zusammenhang spielt die Zusammenarbeit von in Einrichtungen tätigen Sozialpädagogen mit der Polizei eine wichtige Rolle. So ist es in der Arbeit mit psychisch Kranken nicht selten der Fall, dass Personen selbst- oder fremdaggressiv auftreten, was durchaus eine Klinikeinweisung in eine psychiatrische Klinik mit Unterstützung der Polizei erforderlich macht (vgl. § 1906 BGB). Bei einer Entweichung einer psychisch kranken Person mit einem Unterbringungsbeschluss aus einer geschlossenen Einrichtung wird die Zusammenarbeit mit der Polizei ebenfalls erforderlich, um eine Fahndung einzuleiten.

Beschützte Arbeitsstellen für psychisch Kranke sind ein weiterer Bestandteil der ambulanten Versorgungsstruktur. Darunter fallen Zuverdienstfirmen, in denen die

Personen stundenweise einer Arbeit nachgehen und sich so einen Zuverdienst zu ihrer Erwerbsminderungsrente oder dem ALG II erwirtschaften können. Sogenannte Selbsthilfefirmen bieten psychisch kranken Personen sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze. Hier werden die psychisch Erkrankten in der Regel stundenweise durch Sozialarbeiter während ihrer Arbeit betreut.

Der Integrationsfachdienst ist eine weitere ambulante Einrichtung, in der Sozialpädagogen schwerbehinderte psychisch Kranke zum Thema Arbeitsplatzsuche und –erhalt betreuen und beraten. Arbeitgeber, die sich über entsprechende Arbeitsplätze informieren möchten, können beim zuständigen Integrationsfachdienst Beratungsleistungen in Anspruch nehmen.

Beratungsstellen fallen ebenfalls unter den Begriff des ambulanten Hilfsbereichs. Hier bearbeitet der Sozialpädagoge in Einzel- und Gruppengesprächen für die Klienten relevante Themen wie zum Beispiel die materielle Absicherung, Tagesstruktur, Berufsperspektiven und Reha-Fragen heraus. Ebenso zählt die Öffentlichkeitsarbeit und die Vertretung der Interessen der psychisch Beeinträchtigten zum typischen Aufgabenbereich eines Sozialpädagogen. Neben der Telefonseelsorge, die rund um die Uhr für alle Menschen, die sich in einer Notlage befinden, erreichbar ist, stellt der Krisendienst für psychisch Kranke, Suchtkranke, Suizidgefährdete und deren Angehörige in der Nacht und am Wochenende ein weiteres ambulantes Angebot dar. Neben persönlichen und telefonischen Kontakten können die Hilfesuchenden adäquat an geeignete Stellen weitervermittelt werden (vgl. *Christoph Walter, 2007, Folie 56 ff*).

Teilstationäre Einrichtungen sind Institutionen, in denen sich die Klienten den größten Teil des Tages aufhalten und dort betreut werden. Hierzu zählen Tageskliniken, die neben einer Akutbehandlung auch Kriseninterventionen durchführen und tagesstrukturierende Maßnahmen anbieten. Psychiatrische Kliniken bieten sogenannte Nachtbetten an, welche die Klienten am Abend aufsuchen, um dort die Nacht unter Aufsicht von Personal zu verbringen und am nächsten Morgen wieder in ihre Wohnung beziehungsweise ihr gewohntes Umfeld zurückkehren können. Die sozialpädagogische Tätigkeit wird in diesen Einrichtungen in der Regel durch den Sozialdienst erbracht und bietet den Klienten Nachsorgeleistungen,

hilft bei der Belastungserprobung der Klienten im Alltag und organisiert und leitet Klientengruppen, in denen unter anderem kognitives Training, Kochkurse oder Psychoedukation durchgeführt werden.

Tageszentren und Tagesstätten bieten den Klienten im Rahmen der teilstationären Einrichtungen ein niederschwelliges Beschäftigungsangebot mit Kontakt zu anderen psychisch Erkrankten und zum Fachpersonal, welches neben der Koordination und Bereitstellung einer Tagesstruktur auch für die Freizeitgestaltung der Klienten zuständig ist. Der Aufgabenkreis der Sozialpädagogen umfasst neben der Beschäftigung der Klienten die regelmäßige Kontaktaufnahme, Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur und die Freizeitgestaltung und reicht bis zur beruflichen Orientierung beziehungsweise gegebenenfalls einer Weitervermittlung in komplementäre Einrichtungen.

In Werkstätten für behinderte Menschen werden rentenversicherungspflichtige Arbeitsplätze mit einer Verdienstmöglichkeit für die Klienten bereitgehalten (vgl. § 136 SGB IX). Neben der Arbeitstätigkeit der Klienten haben diese auch hier die Möglichkeit, Angebote zur Freizeitgestaltung zu nutzen. Auch hier gibt es einen Sozialdienst, der von Sozialarbeitern geführt wird, um eine Betreuung der Klienten und gegebenenfalls eine Weitervermittlung zu gewährleisten (vgl. *Walter*, 2007, Folie 56 ff).

Die dritte Form der psychiatrischen Versorgungsstruktur stellen die **stationären Einrichtungen** dar und lassen sich in drei Kategorien aufteilen. Psychiatrische Krankenhäuser mit offenen und geschlossenen Stationen können neben einer Akutbehandlung und Krisenintervention auch Zwangsmaßnahmen durchführen und Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unter Umständen über einen längeren Zeitraum aufnehmen. Die dort erbrachte Behandlungsleistung umfasst einen sehr hohen Umfang und kann je nach Klientel einen Betreuungsschlüssel von bis zu 1:1,3 erreichen. Psychiatrische Abteilungen innerhalb eines Allgemeinkrankenhauses sowie Fachkliniken für Suchtkranke, in denen Entwöhnungsbehandlungen stattfinden, sowie psychosomatische Kliniken zur Akutbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation von Klienten zählen ebenfalls zu den stationären Einrichtungen. In diesen Kliniken wird ein Sozialdienst vorgehal-

ten, der den Klienten bei Fragen zur materiellen Absicherung behilflich ist, Anamneserhebungen durchführt, in Klientengruppen mitarbeitet, Nachsorgeaufgaben übernimmt und falls nötig in Zusammenarbeit mit den Klienten geeignete Folgeeinrichtungen besichtigt und bei der Auswahl und Vermittlung behilflich ist.

Wohnheime für psychisch Kranke zählen ebenfalls zu den stationären Einrichtungen, die sich durch ihre unterschiedliche Betreuungsintensität und Verweildauer der Klienten voneinander unterscheiden. In Langzeitwohnheimen finden chronisch kranke Menschen ein Zuhause, in dem sie auf Dauer leben können. In Pflegeheimen erhalten insbesondere ältere Menschen und Menschen mit hohem Pflegebedarf die geeignete Betreuungsleistung. Wohnheime, die einer Werkstatt oder einer beruflichen Reha-Einrichtung (vgl. § 33 ff. SGB IX) angeschlossen sind, ähneln in ihrer Wohnform einem Internat, das den dort Beschäftigten oder Rehabilitanden während des Zeitraums der Maßnahme zur Verfügung steht. Übergangswohnheime dagegen sind Wohnformen, in denen die Klienten zum Beispiel nach Klinikaufenthalt für einen bestimmten Zeitraum leben können, bis diese stabil genug sind, um in eine dauerhafte Wohnform vermittelt werden zu können.

Die dritte Form des stationären Versorgungsangebotes sind Einrichtungen, die eine Arbeitsvorbereitung und betreutes Wohnen miteinander verbinden. Dazu gehören neben den Reha-Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation im Anschluss an einen längeren Klinikaufenthalt ebenso Berufsbildungswerke (vgl. § 35 SGB IV) für junge psychisch erkrankte Menschen, die noch keine Berufsausbildung haben und Berufsförderungswerke für berufliche Rehabilitation für Menschen, die bereits eine Berufsausbildung vorweisen können, sich jedoch nach Zeiten der akuten Erkrankung erst wieder neu orientieren und erproben müssen.

Sozialpädagogen arbeiten als Bezugsbetreuer oder im Gruppendienst sowohl in stationären Wohneinrichtungen als auch in Wohneinrichtungen, in denen eine Arbeitsvorbereitung stattfindet. Sie unterstützen die Klienten bei der Alltagsbewältigung, bieten Angebote zur Freizeitgestaltung, vermitteln Zukunftsperspektiven, helfen den Klienten, mit ihrer Krankheit umzugehen, diese zu verstehen und mit dieser leben zu lernen. Die Angehörigenarbeit ist in allen Fällen der psychiatrischen Hilfestellung ein wesentlicher und wichtiger Bestandteil (vgl. *Walter*, 2007, Folie 56 ff).

2.2 Entwicklung der Sozialen Arbeit in den letzten 20 Jahren in Deutschland

2.2.1 Berufsprofile in der psychiatrischen Versorgungsstruktur

„Blicken wir zurück auf die ersten psychiatrischen Anstalten, die vor rund 250 Jahren in England entstanden, so stellen wir fest, dass sie nicht von Ärzten sondern von Theologen geleitet wurden. [...] Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde die Psychiatrie zu einer medizinischen Wissenschaft“ (Schwarzer, 2004, S. 457). Wolfgang Schwarzer äußert in seinem Buch „Lehrbuch der Sozialmedizin“ (2004), dass die Bedeutung des Arztberufes in der heutigen Psychiatrie immer mehr abnimmt, da die Hilfen so vielfältig geworden sind, dass zur Betreuung psychisch Kranker ein multiprofessionelles Team unerlässlich geworden ist. So setzen sich viele der heutigen Arbeiterteams aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen wie Ärzten, Ergotherapeuten, psychiatrischen Pflegekräften, Psychologen und psychiatrisch qualifizierten Sozialarbeitern zusammen. Diese Multiprofessionalität gewährleistet, dass die Blickwinkel der in der psychiatrischen Versorgungslandschaft tätigen Personen geweitet und unterschiedlichste Maßnahmen zur Behandlung der Klienten herangezogen und kombiniert werden können. Dadurch wird eine nahezu optimale Versorgung der Betroffenen gewährleistet, was sich in den Anfängen der psychiatrischen Anstalten unter der Leitung von Theologen sicherlich als schwierig erwiesen haben dürfte, da eine theologisch ausgebildete Person stark an kirchliche Richtlinien gebunden war und auch immer noch ist. Auch die ausschließliche Behandlung der Klienten durch Fachärzte für Psychiatrie, deren Wissen sich stark auf medizinische Abläufe fokussiert, kann kaum durch bloße medikamentöse Versorgung auf so breiter Linie Erfolge in der Behandlung psychisch kranker Menschen vorweisen, wie es durch multiprofessionelle Arbeit heute der Fall ist. Es ist also ganz offensichtlich, dass die psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Arztpraxen in Zukunft immer mehr aus dem Zentrum psychiatrischer Hilfen herausrücken müssen (vgl. Schwarzer, 2004, S. 457 ff).

Betrachtet man die Profession der Sozialen Arbeit vor zehn Jahren, lässt sich feststellen, dass immer noch sowohl unter Studenten als auch unter professionellen Sozialarbeitern ein Mangel bezüglich eines eigenständigen beruflichen Selbstverständnisses besteht. Dies wird in der Studie von *Friedhelm Ackermann* (2001)

nach *Ralph Christian Amthor* (2011) umso deutlicher. Er kommt nach einer Befragung von hauptamtlichen Sozialpädagogen, Studierenden der Sozialen Arbeit und Studierenden im Anerkennungsjahr zu dem Ergebnis, dass „[...] der kollegiale und fachliche Austausch sowie der tägliche Umgang mit sozialen Problemen [...] zur zentralen prägenden Instanz für die Herausbildung von Fachlichkeit, beruflicher Identität und Professionalität“ (Folie 8 ff) wird. So wundert es nicht, dass *Crefeld* (2000) nach *Schwarzer* (2004) feststellt, dass „[...] wenn es auch den Begriff der psychiatrischen Fürsorge seit 200 Jahren gibt, [...] von der Existenz einer spezifischen psychiatrischen Sozialarbeit noch lange nicht gesprochen werden“ kann. „Wir können zwar feststellen, dass in verschiedenen, insbesondere nicht-stationären sozialpsychiatrischen Praxisbereichen Sozialarbeiter oft eine wesentliche Rolle spielen. Doch von einem klar erkennbaren Kompetenzprofil einer Psychiatrischen Sozialarbeit kann bisher nicht die Rede sein“ (S. 458 f). Dies kann auch nicht durch die schwerpunktmäßige Ausrichtung des Studiums der Sozialen Arbeit im Hauptstudium gewährleistet werden. Zwar werden hier die theoretischen Grundlagen für die anspruchsvolle Arbeit mit psychisch erkrankten Personen gelegt, doch kann der individuelle Umgang und das eigene berufliche Selbstbild erst in der Praxis und im Austausch mit den Kollegen sowie durch supervisorische Unterstützung geprägt und gefestigt werden.

2.2.2 Strukturveränderungen in der Sozialen Arbeit

„Die psychiatrische Versorgung in Deutschland befindet sich, nach jahrzehntelanger Stagnation, seit 1970 in einem grundlegenden und noch längst nicht abgeschlossenen Umwandlungsprozess“ (*Schwarzer*, 2004, S. 459). *Schwarzer* gelangt zu der Erkenntnis, dass besonders in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen jahrelange Versäumnisse der Weiterentwicklung zu einer dramatischen Unterversorgung geführt haben. Diese jahrelangen Versäumnisse können nicht innerhalb kürzester Zeit aufgeholt werden, da neben politischen Hürden auch die regionalen Gegebenheiten sehr unterschiedlich sind und deshalb individuell gehandhabt werden müssen. „Solche Entwicklungen verlaufen regional sehr unterschiedlich und manchmal auch gegenläufig“ (S. 459). Das Resultat dieses Wandlungsprozesses der letzten 20 Jahren umfasst eine teils unübersichtliche und verwirrende Vielfalt an Diensten, die deutschlandweit für die Beratung, Betreuung und

Therapie von Menschen mit psychosozialen Leiden entstanden sind. Angesichts der Unübersichtlichkeit des jeweils örtlich vorzufindenden Angebots an Diensten mit diversen Namen und für den Außenstehenden wenig transparenten Leistungen – wobei sich auch Dienste mit gleicher Bezeichnung in Bezug auf Klientel und Versorgungsfunktion erheblich unterscheiden – wird in diesem Zusammenhang auch von einem sogenannten „psychosozialen Dschungel“ gesprochen (vgl. *Schwarzer*, 2004, S.459). Daher verwundert es nicht, dass sich viele der hilfebedürftigen Menschen angesichts dieser Angebotsvielfalt abgeschreckt und überfordert fühlen, so dass sich letztendlich viele der Betroffenen häufig gar keine Hilfe suchen und in ihrer aktuellen Situation ohne professionelle Unterstützung zurück bleiben. Die Angst vor Behördengängen, Beratungsstellen oder ähnlichen Institutionen erschwert zusätzlich für viele Betroffene den ersten Schritt. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass sich Soziale Arbeit meist an Menschen aus niedrigen Bildungsschichten und deren Problemen richtet, doch die Hilfen und die Information über geeignete Angebote oft nicht bei den Adressaten ankommt. Um den Zugang zu den verschiedenen Hilfsangeboten so attraktiv und niederschwellig wie möglich zu gestalten, bedarf es sowohl Werbung und geeigneter Informationswege als auch gezielter aufsuchende Arbeit. „Hier ist das notwendige Mindestmaß an Durchblick durch den ‘Schilderwald’ nur zu gewinnen, wenn man die Hauptlinien psychiatriepolitischer Reformstrategien zur Entwicklung einer bedarfsangemessenen psychiatrischen Infrastruktur versteht“ (S. 460), argumentiert *Schwarzer* (2004) und macht damit deutlich, dass es für den Sozialpädagogen unerlässlich ist, sich mit den politischen Hintergründen und Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgungslandschaft zu befassen. Nur so kann er den Klienten kompetent zur Seite stehen, sich konstruktiv in die Debatte um die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft einbringen und letztlich zur Optimierung der Versorgung psychisch Kranker beitragen.

In der vom deutschen Bundestag im Jahre 1971 in Auftrag gegebenen Enquete zur Lage der Psychiatrie wurden unter anderem folgende Prinzipien für eine Reform der psychiatrischen Versorgung aufgestellt (*Bundesdrucksachen 7/4200 und 7/4201*, nach *Schwarzer*, 2004, S. 460):

- An Stelle der meist abgeschieden gelegenen Anstalten soll eine gemeinde-nahe Versorgung treten: Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkranken-

häusern und ambulante sowie die klinische Versorgung ergänzende 'komplementäre' Dienste sollen in jeder großen Stadt vorhanden sein.

- Um ein bedarfsgerechtes Hilfeangebot sicherzustellen, sollen die psychiatrischen – oder wie dann in den Sprachgebrauch kam: psychosozialen – Dienste regional geplant und deren Leistungen vermittle Absprachen und Staatlicher Regiefunktionen koordiniert werden

Die Versorgung von psychisch Kranken wurde bis in die Mitte der 70iger Jahre des vorigen Jahrhunderts außerhalb der Städte und Gemeinden in abgelegenen und von der Außenwelt weitestgehend isolierten Unterkünften geleistet., Ziel der Behandlung war zu dieser Zeit nicht die Rückführung in die Gesellschaft, sondern vielmehr die Verwahrung und Ruhigstellung der Patienten. Im Rahmen des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland wurde unter anderem von elenden und teils menschenunwürdigen Umständen, unter denen die psychisch Kranken und Behinderten in den stationären Einrichtungen leben müssen, berichtet (*Schwarzer, 2004*). Die daraus entstandene Psychiatriereform hat seither das Bild der psychiatrischen Versorgungslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland entscheidend und nachhaltig verändert. So ist gegenwärtig eine durchaus positive Entwicklung zu verzeichnen. Man möchte gewährleisten, dass die Klienten gemeinde- und wohnortnah versorgt werden. Immer mehr Einrichtungen rücken daher in die Zentren von Städten und Gemeinden vor. Die Träger von neuen Einrichtungen bauen oder mieten Objekte inmitten der Wohnräume der Bevölkerung und heben so allmählich die Trennung von Erkrankten und Nichterkrankten auf. Die wohnortnahe Versorgung ermöglicht es den Klienten, den Kontakt zur Herkunftsfamilie und dem sozialen Umfeld aufrecht zu erhalten. Die Ansiedelung von Einrichtungen im ländlichen Bereich hat sich ebenfalls als positiv herausgestellt, da die Klienten Kontakte zu Personen außerhalb der Einrichtung relativ einfach aufnehmen können, da sie, sobald diese ihre Einrichtung verlassen, inmitten der ortsansässigen Bevölkerung und damit mitten in der Gemeinde sind. Gemeinde- und Vereinsfeste sind nur ein Beispiel für eine weitere niederschwellige Möglichkeit der Kontaktaufnahme und Integration in die Gemeinschaft. Hier zeigt sich ein klarer Standortvorteil gegenüber den Städten. Obgleich die zunehmende Anonymität in den Großstädten für viele Menschen Vorteile mit sich bringt, führt es jedoch häufig dazu, dass sich psychisch erkrankte Personen

außerhalb ihrer Einrichtung ausschließlich mit andern psychisch Kranken in speziellen Cafés oder anderen Anlaufstellen treffen und sich wieder ausschließlich unter ihres Gleichen bewegen. Um diesem Trend entgegen zu wirken, bedarf es insbesondere bei Menschen mit langjährigen Psychiatrieaufenthalten einer gezielten Unterstützung, um sich in der Gesellschaft wieder zurechtzufinden. Aus diesen Unterschieden lässt sich die Forderung nach einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, in der eine Koordination zwischen staatlichen und regionalen Stellen unverzichtbar ist, nachvollziehbar begründen.

Eine entscheidende Veränderung und gleichzeitig eine der wichtigsten Konsequenzen, die sich aus der Psychiatrie-Enquete ergab, beschreibt *Schwarzer* (2004) wie folgt:

Das vom sozialen Krankenversicherungsrecht vorgegebene Zwei-Säulen-Modell der Gesundheitsversorgung, bestehend aus Krankenhaus und niedergelassenem Nervenarzt, muss durch ein erheblich differenzierteres Angebot von behandelnden und begleitenden Diensten ersetzt werden. Dazu sollen Tageskliniken, Wohnheime und beschützte Wohngruppen, Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation und insbesondere eine Reihe ambulanter Dienste gehören (S. 461).

Da sich das Klientel der Personen, die psychiatrische Hilfen in Anspruch nehmen, in den letzten Jahren stark verändert hat, entstanden zwangsläufig neue Anforderungen an die Versorgungslandschaft. Sah man damals noch als Mittelpunkt der psychiatrischen Versorgung das psychiatrische Krankenhaus, was sich in Begriffen wie „Vor- und Nachsorge“ für die Aufgaben ambulanter Dienste (die Haupt-sorge hatte demnach das Krankenhaus zu leisten) oder „komplementäre Dienste“ (d.h. Dienste, welche die Klinikbehandlung ergänzen) ausdrückte, so wurde „[...] die Tür zur Entwicklung einer ambulanten Psychiatrie, die auch schwer und chronisch Kranken zu helfen vermag, [...] von der Enquetekommission aufgestoßen. [...] Man hatte versorgungsepidemiologisch nachgewiesen, dass in den Nervenarztpraxen im Wesentlichen neurotisch und depressiv Erkrankte behandelt wurden, nicht aber die Patienten aus den Anstalten“ (*Schwarzer*, 2004, S. 461), die eigentlich nicht mehr im Krankenhaus behandelt werden müssten, jedoch noch

nicht in ihr altes Umfeld und ihre gewohnte Lebensform zurück kehren konnten. „Die Sachverständigenkommission fordert deshalb zur Behandlung dieser Klienten Alternativen in Gestalt 'mobil-aufsuchend' und 'multiprofessionell' arbeitender ambulanter Dienste“ (S. 461). Diese müssen durch Tageskliniken und beschützende Wohnheime ergänzt werden, in denen auch Menschen ein Zuhause finden, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, alleine und selbstständig leben zu können. In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff "Drehtürpsychiatrie" verwendet der sich auf jene Klienten bezieht, die nach einem Krankenhausaufenthalt zurück in das gewohnte Umfeld entlassen werden mussten, um letztlich an den selben Gegebenheiten und Bedingungen zu scheitern so dass eine erneute Klinikeinweisung unumgänglich war.

„Das in fachlicher Hinsicht herausragende Ereignis der bundesdeutschen Psychiatriereform waren schließlich die 1988 vorgelegten Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung auf der Grundlage des genannten Modellprogramms Psychiatrie [...]. Sie stellte derzeit zweifellos die maßgebliche Orientierungshilfe für die Psychiatriepolitik der Länder und Gemeinden dar. In ihr werden einige grundsätzliche psychiatriepolitische Weichenstellungen vorgezeichnet“ (Schwarzer, 2004, S. 462). Ein Beispiel hierfür stellt die bereits genannte Rückführung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde dar. Als wichtigste und vorrangige Prämisse sollte gelten, dass „[...] auch chronisch psychisch Kranke [...] bedarfsgerechte Hilfen dort finden, wo sie 'zu Hause' sind, also an ihrem Wohnort und möglichst in ihrem gewohnten Wohnumfeld“ (Schwarzer, 2004, S. 462).

„In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahre hat sich die Erkenntnis herausgebildet, dass die in Deutschland bisher übliche, global an Durchschnittsrisiken der Sozialversicherten orientierte Gesundheitspolitik eklatante Versorgungsdefizite für einzelne Bevölkerungsgruppen mit sich bringt“ (Schwarzer, 2004, S. 462 f). Diese Bevölkerungsgruppen sind aufgrund ihrer sozialen Situation mit außergewöhnlichen Gesundheitsrisiken konfrontiert und bedürfen deshalb besonderer Versorgungsformen, welche durch die durchschnittlichen Sozialversicherungen nicht hinreichend abgedeckt werden. „Chronisch psychische Kranke stellen eine dieser von der Gesundheitspolitik benachteiligten Gruppen dar“ (Schwarzer, 2004, S. 462 f). Als ein möglicher Lösungsansatz zur Verbesse-

rung der Situation der chronisch psychisch Kranken wird eine stärkere Dezentralisierung der Gesundheitspolitik in Betracht gezogen, in der den Städten und Kreisen mehr sozialstaatliche Verantwortung übertragen wird. So erhalten die Kommunen die Möglichkeit, im Rahmen ihrer örtlichen Gegebenheiten und finanziellen Mittel eine bedarfsgerechte, gesundheitliche Infrastruktur vorhalten und für deren Aufrechterhaltung Sorge tragen zu können. Wie *Schwarzer* (2004) bereits mehrfach betont, soll das oberste Ziel sein, „die psychiatrische Versorgung [...] konsequent in die Gemeinde [...]“ (S. 462) zurück zu verlagern. Hier gilt es, sich am Grundsatz der personenzentrierten Hilfen im selbst gewählten Lebensfeld zu orientieren. „Die eigene Wohnung wird damit zum Angelpunkt des Hilfekonzepts. Sie soll von den professionellen Hilfen entkoppelt sein, sodass also nicht mehr der beeinträchtigte Mensch jeweils dort leben und schlafen muss, wo er für ihn notwendige Hilfen erhalten kann, sondern dass die Hilfen zur hilfsbedürftigen Person in ihr Lebensfeld kommt bzw. von dort aus für sie erreichbar ist“ (*Schwarzer*, 2004, S. 468). Gerade deshalb ist ein weiterer Ausbau der ambulanten Hilfen im psychiatrischen Bereich eine unverzichtbare und dringend notwendige Entwicklung, die es auch seitens der Städte, Kreise und Gemeinden zu unterstützen gilt.

„Zur gesundheitspolitischen Realisierung dieses Konzepts ist der Begriff des Gemeindep psychiatrischen Verbundes geprägt worden. Er beinhaltet, dass innerhalb eines Versorgungsgebietes in der Größenordnung von etwa 100.000 Einwohnern die speziellen ambulanten Hilfen für chronisch psychisch Kranke möglichst bei einem Träger gebündelt werden, der zugleich für das Versorgungsgebiet vertraglich eine Versorgungspflicht übernimmt. In einigen Städten und Kreisen haben Kommunen und engagierte Verbände bereits einen solchen Gemeindep psychiatrischen Verbund realisiert“ (*Schwarzer*, 2004, S. 469). Dies kann und darf jedoch noch lange nicht das Ende der Reformen in der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, denn die stetig steigenden Neuerkrankungen im psychiatrischen Bereich verlangen nach einer nachhaltigen Versorgung und Betreuung der erkrankten Menschen (vgl. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/97651/Psychische-Erkrankungen-Wir-muessen-flexibler-werden>). Bereits heute erkrankt innerhalb eines Jahres jeder dritte Erwachsene in Deutschland neu an einer psychischen Krankheit (vgl. <http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html>). Angesichts der im-

mer höher werdenden Anforderungen im Bereich Alltag, Familien und Beruf ist mit einer Stagnation oder gar einem Rücklauf der Neuerkrankungen nicht zu rechnen.

„Unter dem Eindruck gemeindepsychiatrischer Reformansätze in England, Frankreich und den U.S.A. forderte die zur Erstellung einer Psychiatrie-Enquete [...] vom Deutschen Bundestag eingesetzte Sachverständigenkommission 1975 mobil-aufsuchend und multiprofessionell arbeitende ambulante Dienste für chronisch psychisch Kranke" (*Bundesdrucksache 7/4200 und 7/4201*, nach *Schwarzer*, 2004, S. 471 f). Schon damals gründeten engagierte Leiter psychiatrischer Krankenhäuser ambulant arbeitende Teams, die für die Nachsorge von entlassenen Patienten zuständig waren. Auch einzelne, klinikunabhängige freie Träger initiierten die Gründung ambulanter Dienste, die sich um die Belange psychisch kranker Menschen kümmerten. Diese ambulanten Dienste erhielten nach den Berliner bzw. ursprünglich niederländischen Vorbildern immer häufiger die Bezeichnung „Sozialpsychiatrische Dienste“. Diese Bezeichnung hat sich im Lauf der Jahre deutschlandweit verbreitet und gefestigt. Erst Jahre später hielt der Reformelan Einzug in die Gesundheitsämter mit ihren, zur damaligen Zeit aus wenigen Sozialarbeitern bestehenden, psychiatrischen Beratungs- und Fürsorgestellen (vgl. *Schwarzer*, 2004, S. 471 f). Kaum vorstellbar, zählt heute das Gesundheitsamt mit seinen verschiedenen Abteilungen zu einem essentiellen Fürsorgebereich, in dem Soziale Arbeit stattfindet.

2.3 Entstehung und Konzipierung des Johanna-Kirchner-Hauses (JKH)

Das Johanna-Kirchner-Haus in Marktbreit ist eine Übergangseinrichtung für psychisch beeinträchtigte Menschen, die nach Abschluss der Akutbehandlung in den umliegenden psychiatrischen Kliniken als so genannte Pflegepatienten aufgrund psychischer Beeinträchtigungen, mangelnder Eigenverantwortlichkeit oder infolge erheblicher Sozialisationsdefizite nicht nach Hause entlassen oder in andere komplementäre sozialpsychiatrische Einrichtungen vermittelt werden können. Konzipiert wurde die Einrichtung in Zusammenarbeit mit dem Bezirk Unterfranken als überörtlicher Sozialhilfeträger. Träger der Übergangseinrichtung ist die Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Unterfranken e.V. Die Einrichtung erbringt Leistungen der Hilfe zur Wiedereingliederung nach dem SGB XII. Die Betriebskosten werden über einen Pflegesatz refinanziert. Kostenträger ist in der Regel der Bezirk Unter-

franken. In Ausnahmefällen - wenn ein Klient aus einem anderen Bundesland stammt - übernimmt der örtliche Bezirk die Kosten. Wenn der Klient über eigenes Vermögen verfügt wird dieses zur Finanzierung des Heimplatzes herangezogen.

Das Johanna-Kirchner-Haus wurde am 01. Februar 2001 eröffnet. Die Belegung des Hauses erfolgte schrittweise und war im Mai 2001 abgeschlossen. Insgesamt bietet die Einrichtung derzeit 44 möblierte Einzelzimmer, verteilt auf vier Wohnbereiche:

- Gruppe 1: beschützende (geschlossene) Gruppe mit 9 Plätzen
- Gruppe 2: beschützende (geschlossene) Gruppe mit 15 Plätzen
- Gruppe 3: offenen Gruppe mit 9 Plätzen
- Gruppe 4: offenen Gruppe mit 5 Plätzen
- Gruppe 1, 2 und 3 betreuen zusätzlich 6 Bewohner die außerhalb der beschützenden Gruppe im Dachgeschoss des Haupthauses untergebracht sind

Im Rahmen des, an das Johanna-Kirchner-Haus angegliederte, Einrichtungsverbundene Wohnen werden aktuell 21 Klienten in extern angemieteten Wohnungen in der Umgebung der Einrichtung von einem zusätzlichen Mitarbeiterteam betreut.

Das Klientel der Einrichtung ist diagnostisch sehr weit gefasst. Aufgenommen werden Menschen mit Diagnosen wie Psychosen, Persönlichkeitsstörungen und hirnorganische Störungen, auch in Verbindung mit einer Suchterkrankung sowie Selbst- und Fremdgefährdung. Die Erkrankten sind meist stark chronifiziert. Das Klientel setzt sich aus Frauen und Männer im Alter zwischen 18 und 55 Jahren zusammen und hat in der Regel mehrere langwierige, stationäre Behandlungen und Aufenthalte in Rehabilitationseinrichtungen oder Heimen durchlaufen. Sie sind dort oft als so genannte „Systemsprenger“ gescheitert.

Den Mitarbeitern ist im Umgang mit den Bewohnern der Einrichtung wichtig, ihre Vergangenheit als Lebensleistung respektvoll anzuerkennen und mit ihnen zusammen neue Perspektiven und Ziele zu entwickeln. Von der Aufnahme in das Johanne-Kirchner-Haus sind Menschen ausgeschlossen, die mit einer primären

Suchterkrankung, geistigen oder schweren körperlichen Behinderungen vordiagnostiziert sind oder fremdaggressives Verhalten zeigen, welches im therapeutischen Setting des Johanna-Kirchner-Hauses nicht kontrollierbar ist.

Die Aufenthaltsdauer ist auf fünf Jahre begrenzt. Entsprechend der individuellen Entwicklung jedes Bewohners wird eine Weitervermittlung bzw. eine Entlassung nach Hause angestrebt. Die Betreuung wird von einem multiprofessionellen Team gewährleistet. Dieses besteht aus Sozialpädagogen, Krankenpflegern, Erziehern, Heilerziehungspflegern und sozialpsychiatrischen Assistenten. Zur weiteren Professionalisierung der Mitarbeiter finden regelmäßig interne und externe Fort- und Weiterbildungen statt. Derzeit beschäftigt die Einrichtung drei systemisch ausgebildete Berater, deren Fachwissen durch interne Fortbildungen weitergegeben wird und somit durch den Multiplikatoreffekt durch alle Mitarbeiter in die tägliche Arbeit mit einfließt. Die einzelnen Teams sind jeweils den Wohneinheiten (Gruppen) zugeordnet. Die Betreuung der Bewohner erfolgt im Schichtdienst. Auf den beiden beschützenden Gruppen ist jeweils eine Nachtwache integriert. Übergreifende Angebote werden über einen Psychologen, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Schreinermeistern sowie Hauswirtschafts- und Reinigungskräften realisiert. Dabei ist sowohl der Arbeitstherapeutische Bereich (leichte Montagearbeiten, Holzwerkstatt, Kreativwerkstatt, Hauswirtschaft und Hausmeisterei) als auch die Einzelförderung (Therapie und Beratung) ein wichtiges Element der Tagesgestaltung. Die ärztliche Versorgung wird von einem Facharzt für Psychiatrie vor Ort geleistet.

Konzeptionell orientiert sich die Arbeit des Mitarbeiterteams in erster Linie an den Grundlagen der Systemtheorie, DBT und Verhaltenstherapie mit dem Fokus auf eine individuelle und lebensweltorientierte Betreuung. In der Regel steht die Reduktion von selbstschädigenden Verhaltensweisen und der (Wieder)Aufbau rudimentärer Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, aufgrund der Schwere der Erkrankung und den ersten Anzeichen von Hospitalisierungstendenzen, zu Beginn der Behandlung im Fokus. Weiterführende Ziele lassen sich daher hierarchisch unterordnen und werden im Behandlungsprozess erst dann relevant, wenn das durchschnittliche Erregungsniveau gesunken bzw. krankheitsbedingte Symptome deutlich in den Hintergrund rücken.

Als Grundlage des therapeutischen Prozesses steht der ressourcenorientierte und respektvolle Umgang mit dem Klienten im Zentrum. Durch den Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient und Betreuer lassen sich erneute Traumatisierungen durch Beziehungsabbrüche in der Regel vermeiden. Klinikeinweisungen unter Zwang werden nur vorgenommen, wenn die erreichte Eskalationsstufe im therapeutischen Setting der Einrichtung nicht mehr handhabbar ist.

Aufgrund des heterogenen Klientels bzgl. Erkrankungsart und -schwere ist eine individuelle Hilfeplanung und -durchführung entscheidend für das Gelingen einer stationären Maßnahme im JKH. Die empirische Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit an der Fachhochschule Würzburg durch *Jasmin Schuster & Stefanie Ziermann* (2009) belegt unter anderem, dass neben der Vermittlung von Fähigkeiten (Skills), Psychoedukation und therapeutischer Einzelarbeit das familiäre und schützende Setting und insbesondere die kontinuierliche Prozessbegleitung über den Zeitraum der Behandlung entscheidende Faktoren zur psychischen Stabilisierung darstellen. Darüber hinaus konnten in der Studie Aussagen getroffen werden, welche die Nachhaltigkeit der Behandlung ausführlich belegen. Dies drückt sich unter anderem in der deutlich gesunkenen Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken während und nach dem Aufenthalt der Klienten im JKH aus.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurde im Jahr 2005 ein differenziertes Dokumentationssystem für den Bereich der Behindertenhilfe eingeführt und konnte in den letzten Jahren weiterentwickelt und den einrichtungsspezifischen Bedürfnissen angepasst werden. Zur Verdeutlichung der therapeutischen Inhalte und Vorgehensweisen in der täglichen Arbeit mit den Klienten werden die, für diese Arbeit relevanten, Bereiche der Dokumentation stichpunktartig aufgezählt:

- Stammdaten
- Medizinische Betreuungsleistungen
- Klinikaufenthalte
- Handlungskonzept
- Individuelle Hilfeplanung und Durchführung

- Gestaltung und Aufnahme persönlicher und sozialer Beziehungen
 - Selbstversorgung und Wohnen
 - Arbeit und arbeitsähnliche Tätigkeiten
 - Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
 - Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung (Krankheitseinsicht, Compliance, Arztbesuche, Krisen etc.)
- Besondere Vereinbarungen
 - Verlaufsbericht
 - Vorläufige Hilfeplanung und Entwicklungsberichte

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Aufnahmen junger Frauen mit einer BPS deutlich angestiegen. Somit befinden sich durchschnittlich zwei bis vier Klientinnen mit dem selben Störungsbild gleichzeitig auf einer Wohngruppe. In der Regel handelt es sich hierbei um Frauen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Die Aufnahme erfolgt meist direkt aus einer psychiatrischen Klinik. Viele der Klientinnen haben bereits spezielle Programme und Wohnformen für Frauen mit einer BPS durchlaufen, mussten diese jedoch aufgrund massiver Selbst- oder Fremdgefährdungsmomenten in der Regel wieder abbrechen. Neben der Diagnose einer BPS leiden viele der betroffenen Frauen unter Essstörungen, Traumata und dissoziativen Zuständen. Die teils sehr massiven Selbstgefährdungstendenzen und suizidale Handlungen in der Vergangenheit schließen zum Zeitpunkt der Aufnahme eine ambulante Betreuung aus.

Das Festhalten am therapeutischen Prozess, insbesondere in Krisenzeiten, hat sich gerade in der Arbeit mit Klientinnen mit einer BPS als essentieller Bestandteil der Behandlung herauskristallisiert. Eine besondere Herausforderung stellt darüber hinaus die Entscheidung über den Einsatz und Zeitpunkt der geeigneten Interventionen dar. Weitere Ausführungen an dieser Stelle würden den Umfang dieser Bachelorarbeit überschreiten. Daher wird explizit auf den Fachartikel von *Andreas Ullherr* (2012), erschienen in "Praxis im Dialog 2012", verwiesen, der sich unter anderem mit der Behandlung und Beratung von Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeit im stationären Setting beschäftigt. Die darin enthaltenen Ausführungen zur Interventionsrichtung und zum methodischen Vorgehen decken sich mit der konzeptionellen Arbeit des Johanna-Kirchner-Hauses.

3. Vorstellung der Zielgruppe: Frauen mit emotional instabiler Persönlichkeit

3.1 Persönlichkeitsstörungen

Im ICD-10 (ICD, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) werden die Persönlichkeitsstörungen zunächst allgemein wie folgt charakterisiert (*Horst Dilling et al., 2010, S. 246*):

F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen

Hier liegt eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens vor, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betrifft. Sie geht meist mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher. Persönlichkeitsstörungen treten häufig erstmals in der Kindheit oder der Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter. Daher ist eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren in der Regel unangemessen.

Die dazugehörigen diagnostischen Leitlinien lauten:

Die Zustandsbilder sind nicht auf beträchtlichere Hirnschädigungen oder –krankheiten oder auf eine andere psychiatrische Störung zurückzuführen und erfüllen die folgenden Kriterien:

1. Deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen.
2. Das auffällige Verhaltensmuster ist andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheit begrenzt.
3. Das auffällige Verhaltensmuster ist tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend.
4. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.
5. Die Störung führt zu deutlichem subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.

6. Die Störung ist meistens, aber nicht stets, mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.

Korrespondierend zu den Aussagen, die das ICD-10 trifft, sprechen *Tölle (1999)*, *Dilling & Reimer (2001)* von einer Persönlichkeitsstörung, „[...] wenn bestimmte Merkmale einer Person in besonderer Weise ausgeprägt, unflexibel und wenig den sozialen Realitäten angepasst sind, so dass hieraus subjektives Leiden und/oder soziale Konflikte entstehen“ (nach *Schwarzer*, 2004, S. 214). Dabei befinden sich viele der Klienten in einem Kreislauf immer wiederkehrender Konfliktsituationen. Doch können sie diese nur selten als gewinnbringende Zukunftserfahrungen für sich nutzen. Vielmehr versuchen sie, die Ursachen für ihr Verhalten in ihrer Umgebung zu suchen und die Verantwortung auf ihre Mitmenschen zu übertragen, um sich nicht eingestehen zu müssen, dass nur eine Verhaltensänderung ihrerseits zu einer Verbesserung ihrer Situation führen kann (vgl. *Schwarzer*, 2004, S. 214 f). Es ist allerdings auffällig, dass „Menschen mit Persönlichkeitsstörungen [...] wegen ihrer Neigung zu konflikträchtigen Verhalten (Alkohol- und Drogenkonsum, aggressives Verhalten) und krisenhaften Zuspitzungen (psychische Dekompensation, Suizidversuche) häufig das Gesundheits- und Sozialsystem“ (*Schwarzer*, 2004, S. 214 f) beanspruchen, jedoch häufig nicht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhalten

Georg Jungnitsch (2009) zählt die Persönlichkeitsstörung zu den Cluster-B-Störungen und beschreibt diese wie folgt:

Ganz im Vordergrund steht hier die tiefgreifende Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie eine gravierende Störung im Selbstbild. Ebenso zeigen sich extreme Stimmungsschwankungen. Eine Person, die gerade noch der allerbeste Freund im Leben des Betroffenen war und von ihm idealisiert wurde, kann schon bei der nächsten Begegnung aus unerklärlichen Gründen plötzlich als der schlimmste Feind erscheinen (S. 193).

Diese Gegebenheit wirkt sich erschwerend für den Sozialarbeiter in der täglichen Arbeit mit dem Klienten aus, da auf der Basis einer gestörten Beziehung effektives Arbeiten nur bedingt möglich ist. Weiter richtet sich der Ärger der Klienten häufig

nicht nur gegen das soziale Umfeld, sondern zeigt sich auch durch autoaggressive Impulse, die nicht selten in selbstverletzendes Verhalten münden. „Letztere ergeben sich auch oft aus einem beständigen Gefühl der Leere und Gefangenheit in sich selbst, das vom Erscheinungsbild her wie eine depressive Störung anmutet. Bei Belastungen können auch paranoide Vorstellungen und dissoziative Symptome auftreten, d.h. die Person verlässt innerlich den gegebenen raum-zeitlichen Kontext“ (Jungnitsch, 2009, S. 193). Ergänzend hierzu schreibt Rainer Sachse (2009), dass Personen mit Persönlichkeitsstörungen häufig negative Überzeugungen hinsichtlich ihrer Beziehungen verinnerlicht haben, die sich in Gedanken wie „ich bin nicht wichtig“, „In Beziehungen wird man nicht respektiert“, oder: „wenn man wahrgenommen werden will, muss man heftig auf sich aufmerksam machen“ äußern (S. 11). Passend dazu trifft er die Aussage, dass Persönlichkeitsstörungen in der Biografie einer Person als Lösung für schwierige Interaktionssituationen entstehen.

3.2 Differenzierung zwischen impulsiven und Borderline-Typ

Mit dem Unterpunkt „F60.3 emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ nimmt das ICD-10 eine Spezifizierung der Persönlichkeitsstörungen vor (Dilling et al., 2010, S. 249 f):

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, voranzuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn von anderen impulsive Handlungen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei Beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

Das ICD-10 spricht im Punkt „F60.3“ von zwei Erscheinungsformen der Persönlichkeitsstörung, die unterschieden werden können:

F60.30 impulsiver Typ

Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

Dazugehörige Begriffe:

- Aggressive Persönlichkeit(sstörung)
- Reizbare (explosive) Persönlichkeit(sstörung)

F60.31 Borderline-Typ

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

Dazugehöriger Begriff:

- Borderline Persönlichkeit(sstörung)

Die gravierendsten Unterschiede, die zwischen den beiden Charakterisierungen festzustellen sind, bilden sich in den verschiedenen Aggressionsrichtungen ab. Der impulsive Typ neigt mehr zu fremdaggressivem, wohingegen der Borderline-Typ eher zu selbstgefährdendem Verhalten tendiert. Des Weiteren kommt es bei impulsiven Ausprägungen seltener zu suizidalen Handlungen.

3.3 Beschreibung der Borderline-Symptomatik

Klaus Höschel, Stephanie Pflügler & Martin Bohus (2009) stellen in ihrem Artikel „Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Behandlung“, erschienen in „Pra-

xis im Dialog 2009“ fest, dass im „[...] Zentrum der Syptomatik bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung [...] heute von den meisten Forschern eine Störung des emotionalen Erlebens und der Emotionsregulation angenommen“ (S. 20) wird. Daran anknüpfend teilt *Martin Bohus* (2002) die Symptome auf der klinischen Ebene in fünf unterschiedliche Problembereiche auf:

Problembereich Affektregulation: Die Klienten werden häufig mit dem Gefühl konfrontiert, von Emotionen überflutet zu werden, die sich nur schwer auf ein normales Erregungsniveau reduzieren lassen. „Patienten mit BPS haben oft wenig Kontakt zu ihren Gefühlen oder nehmen ihr emotionales Erleben als Achterbahnfahrt bzw. als unkontrollierbares Chaos wahr, dem sie sich ausgeliefert fühlen“ (*Höschel et al.*, 2009, S. 20). Auch starke aversive Spannungszustände, in denen die Klienten nicht zwischen Wut, Schuldgefühlen, Angst und Scham unterscheiden können, treten häufig auf. Dissoziative Zustände, in denen die sensorische Reizverarbeitung aufgrund des sehr hohen Erregungsniveaus stark eingeschränkt sind, treten genauso in Erscheinung, wie das Phänomen der „numbness“, bei der es sich um eine plötzlich einsetzende Episode der emotionalen Taubheit handelt, bei dem die Klienten keinerlei Gefühle empfinden können (vgl. *Bohus*, 2002, S. 6 f).

Martin Bohus & Martina Wolf (2011) geben Auskunft über den aktuellen Forschungsstand:

In den letzten Jahren wurde damit begonnen, die funktionelle und topographische Anatomie von Hirnarealen bei Vorliegen einer BPS zu untersuchen, denen eine Bedeutung für die Induktion und Regulation von Affekten zugemessen wird. So spielen limbische, paralimbische und neokortikale frontale Strukturen eine zentrale Rolle für emotionale, motivationale, kognitive und motorische Verarbeitungsprozesse. Auch die Fähigkeit zur sozialen und emotionalen Selbstregulation wird dem Zusammenwirken spezifischer frontaler und limbischer Areale zugesprochen. Derzeit liegen PET-Studien bei Patientinnen mit BPS vor, die Hinweise auf metabolische Veränderungen im präfrontalen Kortex fanden. Strukturelle MRI-Untersuchungen kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen, wobei die methodisch ausgereifte Studie von

Driessen et al. (2000) eine Volumenreduktion des Hippocampus bei Patientinnen mit BPS gegenüber gesunden Kontrollen um 16% findet. Auch das Volumen der Amygdala ist um 8% verkleinert (S. 350).

Problembereich Selbstbild: Ca. 70% aller Klientinnen beschreiben, nicht zu wissen, wer sie seien, sich wie „abgeschnitten von sich selbst“ zu fühlen, „weit entfernt von sich selbst“ zu sein oder „sich selbst ausgeliefert zu sein“. Hier drückt sich deutlich die starke „Unsicherheit bezüglich ihrer eigenen Identität und Integrität“ aus, unter der die Borderline-Patientinnen zu leiden haben (vgl. *Haaf et al., 2001* nach *Bohus, 2002, S. 7*).

Problembereich psychosoziale Integration: Kernpunkt dieses Problembereiches sind die Schwierigkeiten der Klienten mit der Nähe-Distanz-Regulation. Dabei wünschen sich die Klienten zwar die Sicherheit und Nähe, die in der Regel durch soziale Beziehungen vermittelt wird, fürchten aber gleichzeitig, verlassen zu werden. Häufig wird durch „passive Aktivität“, welche sich durch die Demonstration von Hilflosigkeit und Leid auszeichnet, versucht, Mitmenschen an sich zu binden und deren Aufmerksamkeit für sich zu beanspruchen. Dies kann schnell zu einer „Überlastung der Sozialkontakte“ und unter Umständen zum Verlust dieser Kontakte führen, was letztlich der gegenteiligen Effekt dessen ist, was die Klienten durch ihr Verhalten erreichen wollen (vgl. *Bohus, 2002, S. 7 f*).

Problembereich kognitive Funktionalität: Hierzu zählen die dissoziativen Symptome, welche sich in Depersonalisation und Derealisation unterteilen lassen. Diese treten bei ca. 60% der Klienten in Form von Störungen in der Raum/Zeit und Ich-Wahrnehmung auf. Dabei kommt es häufig zu einem „Kontrollverlust über die Realität“. Auch sogenannte „Flashbacks“ in denen die Borderline-Patienten traumatisierende Ereignisse aus der Vergangenheit erneut, zum Teil auch über Stunden hinweg, erleben, werden diesem Problembereich zugeordnet. 26% der Klienten leiden unter Pseudohalluzinationen, bei denen der betroffenen Person durchaus bewusst ist, das es sich hierbei um wahnhaftes Erleben handelt. Bei nahezu 100% der Betroffenen lässt sich magisches und paranoides Denken sowie Argwohn nachweisen. Bei immerhin 14% treten Ich-syntone (= für den Betroffenen

nicht störende) produktiv halluzinatorische Symptome mit einer Dauer von zwei Tagen oder länger auf (vgl. *Bohus*, 2002, S. 8 f).

Problembereich Verhaltensebene: „Fast alle Patienten mit BPS berichten über subjektiv empfundene Spannungszustände, die ohne plausible äußere Anlässe plötzlich auftauchen und kaum zu ertragen sind, so dass die Betroffenen auf rasch wirksame Entlastungen zurückgreifen, die die Spannungszustände zwar kurzfristig erträglicher machen, längerfristig aber mit negativen Folgen für das Leben in sozialen Zusammenhängen oder die eigene Gesundheit verbunden sind“ (*Höschel et al.*, 2009, S. 20). Etwa 70-80% aller Patienten berichten über selbstschädigendes Verhalten in der Vorgeschichte. Am häufigsten sind hierbei Schnittverletzungen, die meist oberflächlich beginnen, mit der Tendenz, sich auf den gesamten Körper auszuweiten. Häufig sind weiterhin „head-banging“, also das Schlagen des Schädels gegen eine harte Fläche bzw. das Treten mit dem Fuß oder das Schlagen mit der Faust gegen feste Gegenstände, was nicht selten zu Knochenbrüchen führt. Das Zufügen von Verbrennungen mit Zigaretten, Feuerzeugen, Herdplatten und das Verbrühen bzw. Verätzen der Haut mit Haar- oder Deosprays sind ebenfalls häufig angewandte Methoden zur Selbstverletzung. Zu 80% werden die selbstverletzenden Handlungen in einem analgetischen Zustand vorgenommen, so dass die Klienten vor und während der Selbstverletzung keinen Schmerz empfinden und sich erst nach einigen Minuten Gefühle wie Entspannung, Entlastung, Ruhe und Geborgenheit einstellen. Das Schmerzempfinden setzt erst nach etwa 20 Minuten ein. Zeigen die Klienten ein auffälliges Hochrisikoverhalten zum Beispiel durch das Balancieren auf Baukränen, tun sie dies häufig zur Regulation von Ohnmachtsgefühlen. „Methoden zur Reduktion der Sauerstoffversorgung des Gehirns können gesondert betrachtet werden. Regelmäßige Blutentnahmen [...] oder Insulinapplikation führen zu einer milden Euphorie bzw. Abschwächung der emotionalen Verwundbarkeit. Lerntheoretisch betrachtet, können die beschriebenen Verhaltensmuster als Methoden zur Reduktion aversiver Spannungszustände oder schwerer dissoziativer Phänomene gesehen werden, was im Sinne der instrumentellen Konditionierung als negative Verstärkung zu werten ist“ (*Bohus*, 2002, S. 9). „Binge-Eating“ steht für eine ausufernde Nahrungsaufnahme, die genauso wie bulimische Attacken oder anorektisches Verhalten zu den Methoden der Selbstschädigung zählen. Einige Borderline-Patienten reduzieren ihre Flüssigkeitszufuhr

auf ein bis zwei Liter pro Woche, um so ihrem Körper Schaden zuzufügen. „Andererseits sollte nicht übersehen werden, dass eine Untergruppe von Patientinnen (ca. 20%) Selbstschädigungen einsetzen, um dadurch subeuphorisches Erleben auszulösen. Diese Patientinnen berichten neben einer Anhebung der Stimmung über Verbesserungen der Konzentration, Kreativität bis hin zu lustvollem Erleben“ (Bohus, 2002, S. 9 f). Daraus lässt sich schließen, dass selbstschädigende Handlungen sowohl zur Verringerung negativer Gefühle eingesetzt werden als auch um positive Erlebenszustände herbei zu führen. Weitere problematische Verhaltensweisen können Drogenmissbrauch (40%), Promiskuität, Pseudologie, pathologisches Kaufverhalten, Zwangshandlungen sowie aggressive Durchbrüche sein. „Die Gefährlichkeit solcher Verhaltensweisen schlägt sich in 7-10 % vollendeter Suizide bei Patienten mit BPS nieder. Gleichzeitig besteht in der Regel eine extrem abwertende Selbstsicht, die Patienten berichten über Selbsthass und Selbstverachtung, was wiederum Selbstbestrafungsimpulse aktiviert“ (Höschel et al., 2009, S. 20).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung weist eine hohe Komorbidität mit weiteren psychiatrischen Störungen auf. Derzeitige Studien belegen im Langzeitverlauf bei 96% der Betroffenen eine zusätzliche depressive Störung, bei 88,5% wurde eine begleitende Angststörung nachgewiesen. An Substanzmittelmissbrauch oder -abhängigkeit leiden 64% der Klienten, nahezu genauso häufig treten Essstörungen mit 53% in Erscheinung. Diese werden ähnlich wie Störungen in der Flüssigkeitszufuhr jedoch nur selten von den Klienten angegeben. Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen klagen die Betroffenen häufig über Schlafstörungen mit Alpträumen oder Einschlafstörungen. Mit 1% sind die komorbiden Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis eher selten vertreten. Häufig sind dagegen die Bedingungen anderer Persönlichkeitsstörungen zu finden, wie zum Beispiel die der dependenten Persönlichkeitsstörung mit 50%, die paranoide Persönlichkeitsstörung mit ca. 40%. Seltener treten dagegen mit 25% die antisoziale Persönlichkeitsstörung und mit 15% die histrionische Persönlichkeitsstörung in Erscheinung (vgl. Bohus & Wolf, 2011, S. 347 f).

3.4 Diagnosekriterien

Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt bis dato als nicht zufriedenstellend gelöst, da es unter anderem immer wieder zu Schwierigkeiten bei der Abgrenzung der BPS zu schizophrenen Erkrankungen kommt (vgl. *Bohus*, 2002, S. 17). Als geeignetes Instrument zur Diagnostik wird das von der WHO entwickelte strukturierte Interview "International Personality Disorder Examination" (IPDE) verwendet, welches *Christian Stiglmayr* (2009) in seinem Artikel, erschienen in "Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis (VPP)" vorstellt. Das IPDE integriert die folgenden Kriterien des ICD-10 und des DSM-IV (S. 269):

Ein durchgängiges Muster von Instabilität im Bereich der Stimmung, der zwischenmenschlichen Beziehung und des Selbstbildes. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, und die Störung manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen.

Folgende fünf (oder mehr) Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifelt Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassen werden zu vermeiden (außer Suizid oder Selbstverletzung, siehe auch 5);
2. Ein Muster an instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen den beiden Extremen der Überidealisation und Abwertung auszeichnet;
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung;
4. Impulsivität bei mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Aktivitäten z.B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, Ladendiebstahl, rücksichtsloses Fahren und Fressanfälle (außer Suizid oder Selbstverletzung, siehe auch 5);
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten;
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern);

7. Chronisches Gefühl der Leere oder Langeweile;
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen);
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Durchgeführte Reliabilitätskontrollen haben positive Ergebnisse geliefert. „Alternativen sind das von *M. Zanarini* entwickelte Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders und das SCDID-II (Structured Interview for DSM-IV Personality)" (*Bohus & Wolf*, 2011, S. 345). Zur Erfassung des Schweregrades der Borderline-Störung werden unter anderem die von *M. Zanarini* publizierte Fremdrating-Skala (ZAN-SCALE), der von *Arntz et al.* entwickelte Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) und die Borderline-Symptom-Liste (BSL) von *Bohus et al.* eingesetzt (vgl. *Bohus & Wolf*, 2011, S. 345). Als Orientierungshilfe für die Diagnostik gibt *Bohus* (2002) in seinem Buch zusätzlich einen Stufenplan für die klinische Diagnostik mit sechs Punkten an:

1. Leitsymptom: Häufig einschließende äußerst unangenehme Spannung ohne differenzierte emotionale Qualität
2. DSM-IV
3. SKID-I zur Diagnostik von Komorbidität und eventuellem Ausschluss schizophrener Erkrankungen
4. Ausschluss organischer Faktoren
5. Diagnostisches Interview für das Borderline-Syndrom – revidierte Fassung (DIB-R)
6. Borderline-Symptom-Liste (BSL) (S. 17)

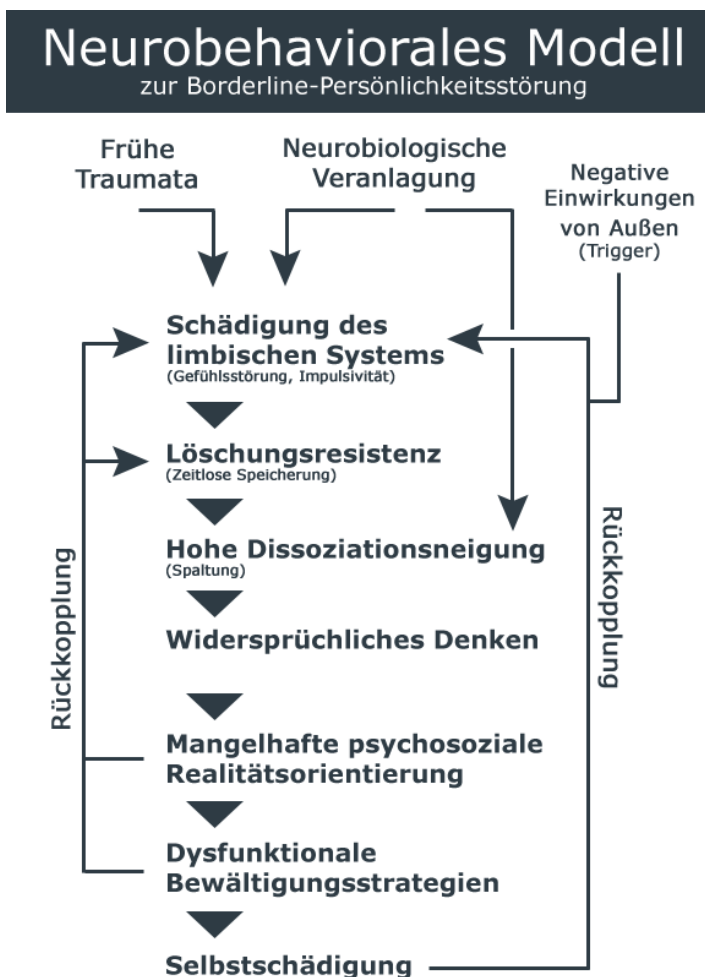
„Ebenso wie andere Persönlichkeitsstörungen wird auch die BPS zumeist auf der Grundlage eines kategorialen Ansatzes (vorliegend vs. nicht vorliegend) diagnostiziert. Die Persönlichkeit im Allgemeinen wird jedoch normalerweise dimensional untersucht, wobei eine Konstellation mehr oder weniger normal verteilter grundlegender Charakterzüge angenommen wird, in denen sich individuelle Unterschiede

am deutlichsten ausprägen" (*Cloninger et al.*, 1993; *Blais*, 1997; *Wildgoose et al.*, 2001; nach *Anthony Bateman & Peter Fonagy*, 2008, S. 31).

3.5 Entwicklung der Borderline-Erkrankung in den letzten zehn Jahren in Deutschland und der Vergleich mit der psychischen Erkrankungen Depression

Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt, hat die Borderline-Persönlichkeitsstörung in den vergangenen Jahren in der psychiatrischen Versorgung eminent an Bedeutung gewonnen. Psychiatrische Angebote werden auffallend häufig von Klienten aufgesucht, welche die Kriterien der BPS erfüllen. Man geht dabei von Prozentzahlen von 11% in ambulanten Diensten und 19% in stationären Einrichtungen aus (vgl. *Marsha Linehan*, 2006, S. 6). „Das Störungsbild verzeichnet eine lange Historie des Wandels von Begrifflichkeit und Störungsverständnis. Der Begriff 'Borderline' wurde 1938 von *Adolf Stern* [...] geprägt. Er basiert auf einem von Freud entwickelten psychoanalytischen Grundverständnis, das ein Kontinuum zwischen neurotischen und psychotischen Störungen postuliert. Der Terminus 'Borderline' meint eine unscharfe und fluktuierende 'Grenzlinie' zwischen diesen beiden Zuständen, also einer Art Übergangsbereich von Neurose zur Psychose. Im Zeitraum zwischen 1920 und 1965 [...] erschien eine Vielzahl von Arbeiten, die darauf hinzielten, die Borderline-Störung dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen" (*Bohus*, 2002, S. 3). Der Begriff der Borderline-Störung fand 1953 durch *Kinght* Einzug in die Psychiatrie. *Otto Kernberg* versuchte 1967 eine Vereinheitlichung der Beschreibung der Borderline-Störung, in dem er vorrangig von Persönlichkeitsstörungen sprach (vgl. VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 268). Nach *Kernberg* fallen darunter alle „schweren Formen der Persönlichkeitsstörung (etwa 10% der Bevölkerung)“, als charakteristische intrapsychische Eigenschaften postulierte er: „Identitätsstörungen“, „primitive Abwehrprozesse“, wie Spaltung, Verleugnung, Projektion und projektive Identifizierung sowie „intakte Realitätsetzung“, wobei eine hohe Anfälligkeit gegenüber Veränderungen in der Umgebung vorhanden ist (vgl. *Bohus*, 2002, S. 3 f). Die Arbeiten von *Kernberg* (1967) und *Gunderson & Singer* (1975) haben entscheidend dazu beigetragen, dass 1980 erstmals eine „typologische Definition“ der BPS in das DSM aufgenommen wurde (vgl. *Bohus*, 2002, S. 4 & VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 268). „Unser Wissen über klini-

sche Charakteristik, Entstehungsbedingungen und Behandlungsmöglichkeiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat sich während der letzten zehn Jahre erheblich verbessert. Noch in den 90er Jahren galt dieses Störungsbild als unscharf zu diagnostizieren und weitgehend therapierefraktär. Die sprunghafte Entwicklung, die schließlich zur Etablierung von manualisierten, evidenzbasierten Behandlungskonzepten führte, nahm ihren Anfang in dem von *Marsha Linehan* forcierten Paradigmenwechsel. Geprägt von tiefgreifender und langjähriger klinischer Erfahrung postulierte sie eine Störung der Affektregulation als zentrales Problemfeld der BPS. Diese Annahme konnte in den Folgejahren durch eine Vielzahl neurobiologischer und neuropsychologischer Studien bestätigt werden" (VPP, *Anne Dyer et al.*, 2009, S. 283). Zur Erklärung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird derzeit am häufigsten das Bio-Soziale Entstehungskonzept genutzt. Dieses ist wie folgt aufgebaut (Abb.: neurobehaviorales Modell zur Borderline-Persönlichkeitsstörung):



Das Störungskonzept fußt auf drei Paradigmen: Die **Lerntheorie** beinhaltet die Prinzipien der klassischen und instrumentellen Konditionierung. Sie verdeutlicht die Manifestation von angstauslösenden Reizen sowie die Aufrechterhaltung von Handlungsmustern zur Reduktion von Spannungszuständen. Die **kognitive Theorie**, die ihr Hauptaugenmerk auf die Bedeutung individueller Schemata und Bewertungsprozesse legt. Beispiele hierfür sind die Entwicklung traumaassoziierter Symptome und deren

Chronifizierung. Die **Neurobiologie**, da anhand des aktuellen Wissensstands da-

von ausgeht, dass Dysfunktionen in diesem Bereich auf genetische Faktoren zurückzuführen sind oder als Folge traumatischer Erlebnisse in Erscheinung treten (vgl. *Bohus*, 2002, S. 12).

Epidemiologisch liegt die Prävalenz der Borderline-Störung bei Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung bei etwa 1,2%. Bei den Diagnosen im Jugendalter schwanken die Zahlen zwischen 3 und 18%. Die Einschätzung der Lebenszeitprävalenz liegt mit 5 bis 6% über den Zahlen der Punktprävalenz. Mit 70% liegt die Zahl der weiblichen Patienten die sich mit einer BPS in Behandlung befinden deutlich höher als der männliche Anteil. Diese Zahl lässt sich mit der Tatsache erklären, dass männliche Borderline-Erkrankte wesentlich häufiger fremdaggressiv handeln und weniger als die weiblichen Erkrankten zu Selbstverletzungen neigen, weshalb die männlichen Betroffenen vermehrt in forensischen Abteilungen in Erscheinung treten als in anderen psychiatrischen Versorgungsstrukturen.

Derzeit besteht in Deutschland ein Versorgungsbedarf für etwa 500.000 erwachsene Borderline-Patienten. Die Behandlungskosten betragen ca. 3,5 Milliarden Euro pro Jahr. „90% dieser Kosten sind auf stationäre Behandlungen zurückzuführen“ (*Bohus*, 2007, nach VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 271), was einem Prozentsatz von 15% des Gesamtbudgets für die psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung in Deutschland entspricht. Beim Verlauf der Erkrankung wird von einer Erstmanifestation in der frühen Adoleszenz ausgegangen. Viele Betroffene haben bereits im Alter von 14 Jahren Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, die eine stationäre Behandlung nach sich zogen. Andere Erkrankte mussten sich erst im Alter von 24 Jahren zum ersten Mal einer stationären Behandlung unterziehen. Bei 30% der volljährigen Borderline-Patienten kam es bereits im Grundschulalter zu intendierten Selbstverletzungen. Viele Therapeuten sehen sich in der Arbeit mit Borderline-Patienten dem ständigen Risiko eines spontanen Suizides der Klienten ausgesetzt, da es bei 66% der Patienten zu Suizidversuchen kommt, die in 5 bis 8% der Fälle mit einem vollendetem Suizid enden. Dagegen konnten Sechs- bis Achtjahres Katamnesen bzw. Zweijahres Katamnesen von Zanarini und Grilo überdurchschnittlich hohe Remissionsraten aufweisen. „So erfüllen zwei Jahre nach Diagnose nur noch 60% der Betroffenen die DSM-IV-Kriterien, nach vier Jahren nur noch 20%. Die Rückfallraten sind mit jeweils 6% sehr gering. Während die affektive In-

stabilität persistiert, scheinen sich insbesondere dysfunktionale Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen und Suizidversuche deutlich zu reduzieren" (*Bohus & Wolf*, 2011, S. 348). Jedoch ist zu erwähnen, dass 80% aller Borderline-Patientinnen in Deutschland, die sich selbst verletzen, sich mindestens einmal in stationärer psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung befunden haben und die Wahrscheinlichkeit einer wiederholten jährlichen stationären Behandlung liegt ebenfalls bei 80%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Aufnahme in eine stationäre Versorgungseinrichtung beträgt dabei 77 Tag (vgl. *Bohus*, 2002, S. 10 f, *Bohus & Wolf*, 2011, S. 348 & VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 270).

Vergleicht man die BPS mit dem Krankheitsbild der Depression, einer der häufigsten Erkrankungen der deutschen Bevölkerung, an der ca. 15% der Erwachsenen leiden, so scheint die Borderline-Erkrankung noch einen relativ geringen Anteil in der psychiatrischen Versorgungsstruktur einzunehmen. Denn mit 15% der Gesamtbevölkerung leidet jeder 10. Hausarztpatient einmal in seinem Leben an einer behandlungsbedürftigen Depression. Suizidalität spielt im Verlauf der Erkrankung ebenfalls eine bedeutende Rolle. Denn die Suizidrate von depressiv Erkrankten liegt zwischen 10 und 20 % und damit mehr als doppelt so hoch wie bei den Betroffenen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. *Schwarzer*, 2004, S. 229). Im Jahr 2012 liegt die Prävalenz von Depressionen bei Frauen bei 10,2% und bei Männern bei 6,1% (vgl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/233487/umfrage/praevalenz-von-depressionen-nach-geschlecht-alter-und-sozialem-status/>).

Damit erkranken im Durchschnitt deutlich mehr weibliche Personen an einer Depression als Männer, woraus sich eine Ähnlichkeit mit der Borderline-Erkrankung ergibt. Die Kosten die das Gesundheitswesen durch an Depression erkrankte Personen zu tragen hat, belaufen sich auf 21,5 Milliarden Euro was im Vergleich zu 3,5 Milliarden Euro für die Behandlung von Borderline-Patienten einen Löwenanteil an den Gesundheitskosten ausmachen dürfte (vgl. <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1283641>). „Der Verlauf einer depressiven Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein. Durch akute Belastungen und Konflikte ausgelöste Depressionen [...] klingen mit zeitlichem Abstand zu dem Auslöser ab, Depressionen mit stärker biologisch-genetischem Ursachenfaktor [...]

können viele Monate andauern und häufiger wiederkommen. In der Regel ist die Depression eine Erkrankung von Wochen und wenigen Monaten [...], sie kann jedoch auch chronifizieren [...]. Depressive Episoden können mit manischen Phasen [...] wechseln [...]" (*Schwarzer, 2004, S. 230*).

4. Dialektisch-Behaviorale-Therapie

4.1 Marsha M. Linehan

Marsha M. Linehan wurde am 05. Mai 1943 in Tulsa, Oklahoma als dritte von sechs Kindern geboren. Ihr Vater war Ölarbeiter. In der Schule erwies sie sich als gute Schülerin, zu ihren Hobbys zählte unter anderem das Klavierspiel. Mit 17 Jahren begann sie sich selbst zu verletzen und wurde in Folge dessen 1961 als Patientin in das „Institute of Living“ (psychiatrische Klinik) in Hartford aufgenommen. Dort wurde ihr die Fehldiagnose Schizophrenie an Stelle der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt, weshalb sie fälschlicherweise 26 Monate mit Psychopharmaka, Psychotherapie und Elektrokrampftherapie behandelt wurde.

Nach ihrem Klinikaufenthalt war Linehan 1967 bei einer Versicherungsgesellschaft angestellt und besuchte gleichzeitig die Loyola University Chicago, an der sie in Abendkursen Psychologie studierte und 1968 ihr Bachelor-Studium mit Summa cum Laude abschloss. 1970 absolvierte sie das Master-Studium und promovierte 1971 an der gleichen Universität

(vgl. <http://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html?pagewanted>).

Im Anschluss an ihre Promotion fand Linehan 1972 zunächst eine Anstellung an einer Klinik in Buffalo, wo sie mit suizidalen Patienten arbeitete. Aufgrund dieser Arbeit und den Erfahrungen aus anderen Kliniken und ihrer Tätigkeit an unterschiedlichen Universitäten und nicht zuletzt ihren eigenen Erlebnissen als Patientin einer psychiatrischen Klinik, entwickelte sie in den 80iger Jahre das bisher einzigartige Dialektisch-Behaviorale Therapieprogramm speziell für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das Programm wird mittlerweile auch in modifizierter Form unter anderem für die Behandlung von Jugendlichen angewandt. Der Erfolg der Therapie bei Borderline-Patienten ist bisher einzigartig. Bezeichnend für Marsha M. Linehan ist auch, dass sie selbst erst im Jahr 2011 mit ihrer eigenen Borderline-Erkrankung an die Öffentlichkeit trat. Seit 1989 hat Linehan an der University of Washington in Seattle eine Professorenstelle am Lehrstuhl für Psychologie, an dem sie bis heute tätig ist (vgl. <http://faculty.washington.edu/linehan/>).

4.2 Darstellung der Methode der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Die therapeutischen Grundannahmen nach *Bohus* (2004, S. 19) lauten wie folgt:

- Jedes Verhalten der Patientinnen macht im subjektiven Kontext Sinn. Sie versuchen, das Beste aus ihren gegenwärtig verheerenden Situationen zu machen. Es liegt daher in der Aufgabe des Therapeuten, die jeweiligen Auslöser, Schemata und Konsequenzen herauszuarbeiten.
- Borderline-Patientinnen wollen sich verbessern.
- Borderline-Patientinnen müssen sich stärker anstrengen, härter arbeiten und stärker motiviert sein, um sich zu verändern, dies ist ungerecht.
- Borderline-Patientinnen haben ihre Probleme in der Regel nicht alle selbst verursacht, sie müssen sie aber selber lösen.
- Das Leben suizidaler Borderline-Patientinnen ist so, wie es gegenwärtig gelebt wird in der Regel unerträglich.
- Borderline-Patientinnen müssen in fast allen relevanten Dimensionen neues Verhalten erlernen.
- Patientinnen können in der DBT nicht versagen.
- Therapeuten, die mit Borderline-Patientinnen arbeiten, brauchen Unterstützung.

„Die DBT wurde in den 80er Jahren von *Marsha Linehan* (University of Washington, Seattle, USA) als störungsspezifische ambulante Therapie für chronisch suizidale Patientinnen mit BPS entwickelt [...]. Sie integriert ein weites Spektrum an therapeutischer Methodik aus dem Bereich der Verhaltenstherapie, der kognitiven Therapie, der Gestalttherapie, der Hypnotherapie und der Zen-Meditation. Um den Anforderungen an eine wissenschaftlich überprüfbare Therapie für dieses komplexe Störungsbild zu entsprechen, mussten eine Vielzahl von strukturbildenden Richtlinien entwickelt werden“ (*Bohus & Wolf*, 2001, S. 357).

Das Gesamtkonzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie lässt sich nach *Bohus* (2002, S. 20 ff) in vier unterschiedliche Module gliedern:

- **Einzeltherapie**
- **Fertigkeitentraining in der Gruppe (Skillstraining)**
- **Telefonberatung**
- **Supervisionsgruppe für Therapeuten**

Im Modul der **Einzeltherapie** geht es zu allererst um die Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient. Diese gestaltet sich besonders bei Borderline-Patienten oft schwierig, da, ursächlich im Krankheitsbild begründet, der Therapeut in einem Moment als bester Freund vom Klienten wahrgenommen wird und schon im nächsten zum größten Feind für ihn wird. Deshalb spielen bei der hohen Abbruchrate der ambulanten Psychotherapien der BPS mit ca. 75% nicht nur Bedingungen der Klienten eine Rolle, sondern auch Abbruchgründe seitens der Therapeuten (*Bohus*, 2002).

Bohus (2002) weist deshalb auf einige grundlegend zu berücksichtigende Beziehungsmuster für Therapeuten hin. Er gibt vor, dass sich der Therapeut als „Coach“ für den Klienten verstehen soll, den er anleitet und unterstützt, ein, im Voraus vereinbartes, übergeordnetes Ziel zu erreichen. Damit der Therapeut für den Klienten so authentisch wie möglich bleibt, muss der Therapeut seine eigenen Emotionen gegenüber den Klienten offen machen, was zu einer höheren Berechenbarkeit des Therapeuten für den Klienten führt. Dies wiederum gibt den Klienten Sicherheit. Die Klienten sollen hierbei lernen, dass ihr jeweiliges Verhalten unterschiedliche Emotionen beim Gegenüber auslöst und dessen Reaktionen beeinflusst. Der Therapeut muss sich primär an verbalen Äußerungen orientieren, da zwischen verbalen Äußerungen und nonverbalen Signalen häufig eine starke Diskrepanz herrscht. Die Gespräche werden vom Therapeuten auf Video oder Kassette aufgezeichnet, um den Klienten die Möglichkeit zu bieten, die Sitzungen zuhause nachzubereiten. Damit kann gleichzeitig Gefühlen des Verlustes des Therapeuten zwischen den Sitzungen vorgebeugt werden. Dennoch ist es die Aufgabe des Therapeuten, den Klienten klare Grenzen zu setzen, diese klar formuliert mitzutei-

len und bei Bedarf deren Sinn zu erklären, damit sich der Klient nicht vor den Kopf gestoßen fühlt.

Das Balancieren zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung ist ein weiterer Grundstein der therapeutischen Arbeit. Der Therapeut muss den aktuellen Entwicklungsstand des Klienten akzeptieren und gleichzeitig sanft auf eine Verhaltensänderung hin arbeiten. Dabei gilt es, sowohl das richtige Maß an Flexibilität und Rigidität zu finden, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden, als auch den Klienten im richtigen Moment zu unterstützen bzw. in bestimmten Situationen Selbständigkeit einzufordern. In der Arbeit mit Borderline-Patienten sind gelegentliche Fehlentscheidungen seitens des Therapeuten in der Regel unumgänglich, die er jedoch therapeutisch nutzen kann, in dem er als Vorbild für den Klienten dient und ihm den Umgang mit eigenen Fehlern verdeutlicht. Die Therapie der Borderline-Erkrankung ist sowohl für den Klienten als auch für den Therapeuten kräftezehrende. Daher ist es besonders wichtig, die Balance zwischen defizit- und ressourcenorientiertem Arbeiten zu halten, um eine Entlastung für beide Seiten zu schaffen. Ebenso muss der Therapeut in seiner Arbeit mit widersprüchlichen Beziehungsmustern der Klienten umgehen und diese immer wieder ausbalancieren.

Die **Behandlungsphase** unterteilt sich in vier Schritte, deren Reihenfolge unbedingt einzuhalten ist. Dabei wird mit einer Vorbereitungsphase begonnen, die zunächst die Aufklärung über das Störungsbild vorsieht. Die Borderline-Patienten werden hierbei im Anschluss an eine ausführliche Diagnostik mittels Psychoedukation und anhand des neurobehavioralen Entstehungsmodells über das Störungsbild informiert. Dies wird in der Regel von den Klienten als erste Entlastung erlebt. Als nächstes besprechen Klient und Therapeut gemeinsam die Behandlungsziele und legen die hierarchische Organisation der Ziele fest. Hierbei hat sich das sogenannte Zettelkasten-Modell bewährt, bei dem der Klient Zielkarten nach kurz- und langfristig kategorisiert. Diese werden dann nach ihrer Wichtigkeit bearbeitet. Im nächsten Schritt klärt der Therapeut den Klienten über die Behandlungsfoki und die Methodik der DBT auf, bespricht die Handhabung einzelner Therapiebestandteile und verdeutlicht die Wichtigkeit der regelmäßigen Teilnahme an allen Therapiesitzungen. Des Weiteren klärt er die Bedingungen für Telefonkontakte mit dem Klienten und setzt einen Behandlungszeitrahmen fest.

Diese Regeln und weitere Vereinbarungen werden vor Beginn der Therapie in einem Behandlungsvertrag festgehalten, in dem sich der Klient unter anderem dazu verpflichtet, während des Behandlungszeitraumes keinen Suizidversuch zu unternehmen. Es hat sich außerdem als sinnvoll erwiesen, im Vorfeld der Therapie eine Bedingungsanalyse des letzten Suizidversuches zu erstellen, da Studien zu diesem Thema erwiesen haben, „dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuches mit der Anzahl der vorangegangenen Suizidversuche steigt“ (Bohus, 2002, S. 33). Oft folgen die Klienten dabei ähnlichen Vorgehensweisen. Genauso wichtig ist in diesem Zusammenhang die Erarbeitung einer Verhaltensanalyse des letzten Therapieabbruches, da diese häufig gleichen Prädiktoren folgen und daher im Vorfeld herausgearbeitet werden sollten.

In der ersten Therapiephase geht es vorrangig um Probleme der Verhaltensregulation und die Bewältigung des täglichen Lebens der Klienten. Dabei orientiert sich der Behandlungsfokus an einer hierarchisch organisierten Matrix. Die Behandlungsmethodik ergibt sich dabei als logische Konsequenz der Verhaltensanalyse. Einzelne Problem- und Unterbereiche werden wiederum wie folgt hierarchisch nach suizidalem und parasuizidalem Verhalten gegliedert. „Ziel ist die Reduktion von Selbstschädigungen, von Suiziddrohungen und Kommunikation über Suizidabsichten. [...] Insbesondere ist zu unterscheiden, ob das Problemverhalten an auslösende Bedingungen gekoppelt ist, oder durch die nachfolgenden Konsequenzen aufrechterhalten wird“ (Bohus, 2002, S. 37). Die DBT akzeptiert suizidales oder parasuizidales Verhalten der Klienten nicht als Problemlösungsmöglichkeit, weshalb jedes Verhalten dieser Art sofort besprochen und in eine detaillierte Verhaltensanalyse gefasst wird. So können krisenhafte Situationen genutzt werden, um die Problemlösekompetenz der Klienten zu verbessern. Bei therapiegefährdenden Verhalten handelt es sich allgemein um, „[...]Verhaltensmuster von Patientinnen oder Therapeuten, die den Fortschritt der therapeutischen Entwicklung behindern, die Fortsetzung der Therapie gefährden oder, dies gilt insbesondere im stationären Bereich, den therapeutischen Rahmen sprengen“ (Bohus, 2002, S. 38). Therapiegefährdende Verhaltensweisen seitens des Therapeuten sind häufig gedankenlose Äußerungen, die Verunsicherung beim Gegenüber auslösen, mangelnde Zuverlässigkeit und am häufigsten die Schwierigkeit, den Leidensdruck des Klienten zu ertragen. Therapiegefährdende Verhaltensmuster des

Klienten können sich in Nichtteilnahme an den Therapiesitzungen oder Weigerung der Mitarbeit in den Sitzungen sowie Compliance-Problemen in der Umsetzung der Therapieabsprachen äußern. „Borderline-Patientinnen zeichnen sich häufig durch ein breites Spektrum von Verhaltensweisen aus durch die ihre Lebensqualität stark beeinflusst bzw. vermindert wird. [...] Die DBT schlägt eine Hierarchisierung bei der Auswahl der zu behandelnden Themen vor und präferiert dabei jeweils das bedrohlichste Verhalten“ (Bohus, 2002, S. 42). Bei der Verbesserung der Verhaltensfertigkeiten verknüpft der Einzeltherapeut die in der Skillsgruppe erlernten Fertigkeiten des Klienten mit dessen Alltagsproblemen, damit die erlernten Skills umgesetzt und gefestigt werden.

Die zweite Therapiephase befasst sich mit den Folgen traumatischer Erfahrungen. „Das übergeordnete Ziel der DBT ist die Reduktion der Folgen traumatischer Erfahrungen“ (Bohus, 2002, S. 44). Hierzu führt Bohus (2002) an: „...das Ziel der Traumatherapie heißt also nicht, Vergessenes wieder zu erinnern oder zu 'integrieren', sondern die Erfahrung zu machen, dass die traumatischen Ereignisse der Vergangenheit angehören und dass traumassozierte Stimuli in neuem Kontext einen anderen Sinnzusammenhang eröffnen“. Traumassozierte Schemata beeinflussen das Erleben der Klienten in drei unterschiedlichen Dimensionen:

1. Schemakonformes Verhalten, welches sich auf jene Prozesse bezieht, die während der Aktivierung des traumaassozierten Schemas auftreten und dieses stabilisieren.
2. Vermeidungsverhalten, so dass alle traumaassozierten Prozesse vermieden werden.
3. Schema-Kompensation, in der konträre Schemata aktiviert werden.

Die Schemamodifikation wird in Strategien zur Schemaidentifikation und Veränderungsstrategien unterteilt. Bei der Schemaidentifikation kommen verschiedene Methoden zur Klärung und Abgrenzung von dysfunktionalen kognitiv-emotionalen Netzwerken der Borderline-Patienten zum Einsatz. Darunter fallen unter anderem die Verhaltensanalyse, kognitive Techniken, Imaginationsübungen und Gestalttechniken. „In der Praxis der Borderline-Patientinnen hat es sich bewährt, sich zunächst an mainfesten, das heißt im Alltag, oder der therapeutischen Interaktion

sichtbaren, Strategien zu orientieren, die die Patientin aufwendet, um schemakonform zu handeln oder zu interpretieren. Im zweiten Schritt findet die Benennung der Grundannahme statt“ (*Bohus*, 2002, S. 49). Bei der Schemamodifikation ist es von großer Bedeutung, dass stets mit der Validierung der persönlichen Erfahrungsgeschichte der Klienten begonnen wird, da dies den Grundstein für die Umstrukturierung und eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung legt. „Entscheidend für das Gelingen von Modifikationsprozessen in dieser Phase ist also die aktive Beziehungsgestaltung von Seiten des Therapeuten“ (*Bohus*, 2002, S. 50). Auch für die Schemamodifikation stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung (unter anderem Imaginierte Dialoge, karthartische Erfahrungen, interpersonale Erfahrungen, Verhaltensexperimente, kognitive Umstrukturierung und Reizexposition).

Im Folgenden soll auf die kognitive Umstrukturierung und Reizexposition näher eingegangen werden. Der Vorteil der kognitiven Umstrukturierung liegt für viele Klienten in der feinen Dosierung emotionaler Belastungen und der guten Steuerbarkeit durch den Therapeuten. Begonnen wird mit einer möglichst genauen Benennung der Grundannahmen durch den Klienten. Darauf folgt eine, durch den Therapeuten geführte, Entdeckung aller Evidenzen für die Stimmigkeit der Grundannahmen der Klienten. Zur Reizexposition schreibt *Bohus* (2002, S. 53):

Die wohl verbreitetste Technik zur Revision traumaassoziierter Schemata ist gegenwärtig die Reizexposition, die nun jedoch gezielt nicht nur auf die Entkoppelung von Reiz-Reaktions-Mustern zielt, sondern die alten traumatischen Erinnerungen einer Korrektur durch Neuerfahrungen unterziehen soll. Die alten Erinnerungen werden dadurch nicht gelöscht, aber mit Kontrollverfahren gekoppelt und sind damit nicht mehr virulent.

Bei der Reizexposition soll in folgenden Schritten vorgegangen werden:

- Es sollen Reize angeboten werden, die tatsächlich alte traumatische Erfahrungen aktivieren (Imaginationstechniken, Körpertherapie, reale Stimuli).
- Sekundäre Schemata, die dieser traumatischen Erfahrung folgen, müssen vom Therapeuten aktiv revidiert werden (z.B. 'Ich darf mich nicht wehren, weil ich den Täter schützen muss', 'Ich bin selber Schuld, dass mir das passiert ist', 'Ich habe ihn ja verführt').
- Überwältigende Emotionen und hohe Anspannung sollten vom Therapeuten moduliert werden.
- Versuche, durch Dissoziation 'auszusteigen', müssen vom Therapeuten blockiert werden.
- Die Patientin sollte möglichst aktiv angehalten werden, die alte Erfahrung der Hilflosigkeit und Ohnmacht zu korrigieren.
- Die Exposition sollte solange durchgeführt werden, bis Habituation, das heißt ein Abfall der primären Emotionen (in aller Regel Angst und Ekel), auftritt.
- Der ganze Prozess sollte kognitiv verankert werden, damit die Patientin ihn als Eigenleistung und Kontrollgewinn attribuiert.

Die DBT beinhaltet eine Fülle von unterschiedlichen therapeutischen Strategien und Methoden, die im Therapieverlauf zum Einsatz kommen. Im *Wochenprotokoll* kann der Klient persönliche Problemzonen und Ressourcen festhalten. Hier werden sowohl dysfunktionalen Verhaltensweisen wie zum Beispiel Drogenmissbrauch oder Selbstschädigungen als auch stabilisierende und befriedigende, funktionale Verhaltensweisen dokumentiert, wodurch in der Regel ein ausgewogenes Bild von funktionalen und dysfunktionalen Verhaltensweisen entsteht. Das Wochenprotokoll sollte zu Beginn jeder Sitzung vom Therapeuten mit dem Klienten besprochen werden.

Das Ziel der *Verhaltensanalyse* ist die Entwicklung alternativer Verhaltensweisen und Lösungsstrategien. Diese kann unter Umständen bei dem Klienten starke Affektreaktionen hervorrufen. Daher ist es von besonderer Bedeutung, dass der Therapeuten in diesem Prozess die richtigen Interventionen wählt. Die Verhaltensanalyse beginnt mit der Beschreibung des Problemverhaltens. Dabei orientiert

sich der Therapeut an der vorgegebenen Hierarchie. Das Ausmaß des Risikos des Problemverhaltens bestimmt den Mikrofokus. Je gefährlicher das Verhalten, desto intensiver arbeitet der Therapeut unmittelbar am Problemverhalten. Die Verhaltensanalyse zielt hierbei auf die primäre Emotion des Klienten. Damit stehen jene Emotionen, die unmittelbar auf den ersten Auslöser folgen, im Zentrum der Aufmerksamkeit. Zeigt der Klient dysfunktionale Verhaltensmuster während einer Sitzung, so können diese prototypischen Verhaltensmuster zeitnah in der Sitzung herangezogen und bearbeitet werden. Beim *Umgang mit Dissoziation und 'stuck-states'* (kognitiv-emotionalen Sackgassen) ist es wichtig zu wissen, dass diese oft in der frühen Kindheit konditioniert wurden und deshalb vordringlich fokussiert werden müssen. Starke sensorische Reize können dabei helfen, die Klienten aus diesen Zuständen zurück zu holen. Bei den *dialektischen Strategien* nutzt der Therapeut die Spannung von aktivierten Widersprüchen, d.h. die so entstandene Spannung wird gezielt verstärkt, wodurch Veränderungen und eine schrittweise Entwicklung von Lösungsstrategien ermöglicht werden. Bei der *Validierung* erfährt der Klient, dass sein Verhalten zwar im subjektiven Kontext stimmig ist, jedoch im objektiven Kontext alternative Verhaltensweisen möglich sind. „Der Begriff der Validierung geht über den Begriff der Empathie hinaus, da er auf aktive Interventionen des Therapeuten zielt“ (Bohus, 2002, S. 65). Eine Schlüsselstrategie im therapeutischen Prozess ist das *Problemlösen*, das sich in die Phase der Problemdefinition, der Lösungsanalyse und der Umsetzungsphase gliedert. In der DBT kann jedes dysfunktionale Verhalten als fehlerhafte Problemlösung definiert werden. Das *Kontingenzmanagement* beschreibt jede therapeutische Interaktion. Jedoch wirken Konsequenzen bei den Klienten nur verstärkend, wenn diese schemakonform sind. Nicht jedes Lob führt zwangsläufig zur Verstärkung des Verhaltens. „Verhaltensmuster werden gelöscht, wenn die Verstärker, die das Verhalten aufrechterhalten, wegfallen“ (Bohus, 2002, S. 69). Darüber hinaus muss sich der Klient im Klaren sein, dass der Entschluss zur Verhaltensänderung noch nicht zwangsläufig selbige herbeiführt. Setzt der Therapeut aversive Konsequenzen ein, kann sich dies negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken. Im Rahmen der DBT greift man deshalb nur auf bestrafende Konsequenzen zurück, wenn die Verstärkung von Verhalten mit hoher Priorität nicht unter die Kontrolle des Therapeuten fällt und keine anderen wirksamen Verstärker zur Verfügung stehen. Als letztes Mittel der Wahl kann eine Therapiepause eingelegt werden. Sollte der Kli-

ent um die Wiederaufnahme der Therapie kämpfen, kann diese Bereitschaft therapeutisch und motivierend genutzt werden. Ein Therapieabbruch sollte erst dann stattfinden, wenn selbst mit Hilfe der Supervisionsgruppe eine Weiterentwicklung ausgeschlossen werden kann.

In der dritten Therapiephase steht die Steigerung der Selbstachtung der Klienten im Mittelpunkt, indem diese lernen, ihre neu erworbenen Verhaltensweisen im Alltag zu integrieren und sich neu zu orientieren. So lassen sich neue individuelle Ziele für ihre Zukunft entwickeln, die mit Hilfe der erlernten Verhaltensweisen erreicht werden und sich so kontinuierlich Erfolgserlebnisse einstellen können. Diese wirken selbstwertsteigernd und ermöglichen die Zunahme der Eigenbestimmtheit im Bezug auf die eigene Lebensführung.

Das Behandlungsmodul **Fertigkeitentraining (Skillstraining) in der Gruppe** hat das Ziel, den Klienten spezifische Fertigkeiten zur Bewältigung der Krankheits-symptome zu vermitteln und bietet die Möglichkeit, diese einzuüben und in das eigene Bewältigungsrepertoire zu integrieren. Die Skillsgruppe findet über einen Zeitraum von zwei Jahren statt, in dem das komplette Programm zweimal durchlaufen wird. Die Gruppen bestehen dabei aus zwei leitenden Therapeuten und acht bis zehn Patienten. Um an den Gruppensitzungen teilzunehmen, ist es Bedingung, dass die Klienten parallel eine DBT-Einzeltherapie besuchen. Das Fertigkeitentraining ist in vier Module untergliedert, die im Folgenden näher besprochen werden. Für jedes Modul sind acht Sitzungen vorgesehen, wobei jede Sitzung einen Zeitrahmen von zwei bis zweieinhalb Stunden nicht überschreiten sollte. Die einzelnen Sitzungen folgen einem festgelegten Ritual, bei dem die Klienten in der ersten Hälfte begrüßt werden und mit Hilfe einer Achtsamkeitsübung die Sitzung beginnen. Danach werden die Hausaufgaben und Übungsversuche der Klienten besprochen. Nach einer kurzen Pause folgt die Vermittlung neuer Skills und die Vergabe neuer Hausaufgaben. Die Sitzung findet ihren Ausklang im sogenannten „Wind-down“ mit einer Achtsamkeitsübung. Hierfür eignen sich zum Beispiel Entspannungs- oder Atemübungen (vgl. *Bohus*, 2002, S. 72 ff).

Das Modul Innere Achtsamkeit basiert auf der Philosophie und Methodik des Zen. Die DBT integriert hierbei Übungen, die sich positiv auf physiologische und psy-

chologische Aspekte der inneren Anspannung auswirken. Dabei soll mit der inneren Achtsamkeit ein Gleichgewicht zwischen Gefühl und Vernunft erreicht werden, um das intuitive Selbstverständnis zu stärken. Bei der inneren Achtsamkeit wird eine Aufteilung in „Was-“ und „Wie-“Fertigkeiten vorgenommen. Erstere beschäftigen sich mit den Aspekten der Wahrnehmung, Beschreibung und Teilnahme und haben das Ziel, Bewusstheit im Alltag zu sich selbst und den Dingen der Welt zu schaffen, ohne sich dabei in emotionale Belange zu verstickten. „Wie“-Fertigkeiten runden diese ab und ermöglichen den Klienten, ohne Attribution beschreiben, sich auf eine bestimmte Sache konzentrieren und wirkungsvoll handeln zu können.

Die Aneignung der Fertigkeiten zur Stresstoleranz setzt eine radikale Akzeptanz voraus. „In der DBT hat das Ertragen von Schmerzen auf annehmende Weise eine wichtige, tiefgreifende Bedeutung. Stresstoleranz ist die Fähigkeit, die Umgebung und die eigene innere Befindlichkeit, so wie sie im Augenblick sich darstellt, gewahr zu werden und anzunehmen“ (Bohus, 2002, S. 81). Zum Überleben dieser Situationen dienen folgende Stresstoleranzskills:

- Wahrung und Akzeptanz des aktivierten Schemas
- „Schritt zurück“
- Bewusste Wahl einer Strategie
- Einsatz einer Strategie, die zur Abschwächung oder Veränderung des Schemas führt
- Realitätsorientierung

Die Strategien selbst werden wiederum in vier Ebenen gegliedert: Die sensorische Ebene, bei der die fünf Sinne in Stresssituationen angesprochen werden sollen, zum Beispiel durch das Halten eines Eiswürfels in Hand oder Mund. Die physiologische Ebene, bei der es um das bewusste Wahrnehmen der eigenen Motorik und Atmung geht. Auf der kognitiven Ebene geht es darum, den Augenblick zu verändern, in dem die Klienten in Meditationsübungen lernen, sich selbst zu steuern. Die Handlungsebene beschäftigt sich mit dem Ziel Stresssituationen durch Aktivitäten wie zum Beispiel durch Kochen oder Herstellen sozialer Kontakte zu überbrücken.

Die Fertigkeiten zur Emotionsregulation können in vier Dimensionen untergliedert werden. Bei der Veränderung der Reiz-Exposition soll der Therapeut dem Klienten Wege aufzeigen, negative Ereignisse zu vermeiden, da BPS-Patienten eine starke Tendenz aufweisen, sich traumarelevanten Reizen auszusetzen. Der Klient wird stattdessen dazu angehalten, positive Stimuli und Ereignisse zu generieren. Zur Veränderung der zentralen neuronalen Reizverarbeitung und damit zur Senkung der emotionalen Vulnerabilität werden Fertigkeiten mit dem Klienten eingeübt, die sich positiv auf die Vulnerabilität auswirken. Interne Bewertungsprozesse sollen schrittweise in einer Kontrollliste vom Klienten abgearbeitet und gegebenenfalls verändert werden. Ist dies für den Klienten nicht möglich, so muss er seine Interpretationen radikal akzeptieren, die Folgen aushalten und Vorüberziehen lernen. Da bei Borderline-Patienten häufig adäquate primäre Handlungsentwürfe blockiert sind, ist es die Aufgabe des Therapeuten, die Umsetzung von Emotionen in adäquate Handlung oder Kommunikation schrittweise mit dem Klienten zu üben.

„Die zwischenmenschlichen Fertigkeiten zielen auf eine Verbesserung der Kompetenz zur Pflege von Beziehungen“ (Bohus, 2002, S. 94). Obwohl Borderline-Patienten häufig über gute interpersonelle Fähigkeiten verfügen, gelingt es ihnen meist nicht, diese in spezifischen Situationen adäquat anzuwenden. Mit den Übungen zu zwischenmenschlichen Fähigkeiten, die weitestgehend auf dem Konzept des Trainings sozialer Kompetenzen basieren, soll darauf hingewirkt werden, dass die Klienten lernen, „[...] individuelle Zielsetzungen unter Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation zu erreichen, ohne dabei die Selbstachtung zu vernachlässigen“ (Bohus, 2002, S. 95).

Das Modul der **Telefonberatung** sieht die Implementierung eines Netzwerks für Krisenfälle vor. Der Therapeut sollte nach Möglichkeit für Notfälle rund um die Uhr für den Klienten erreichbar sein. Da dies nicht immer zu realisieren ist und generell die Gefahr eines Missbrauchs der Telefonberatung durch den Klienten besteht, müssen die Bedingungen im Vorfeld präzise zwischen Therapeut und Klient festgeschrieben werden, wenn gleich oder gerade deshalb sich in der praktischen Erfahrung bislang gezeigt hat, dass Borderline-Klienten dieses Angebot eher zögerlich in Anspruch nehmen und die Telefonberatung nicht inflationär nutzen. Therapeuten berichten in diesem Zusammenhang von durchschnittlich zwei Anrufen pro Patient im Monat. Gründe für telefonische Konsultationen können akute suizidale

oder parasuizidale Krisen sein. In diesen Fällen vermittelt der Therapeut dem Klienten situationsrelevante Skills oder andere Bewältigungsstrategien. Das Gespräch sollte den zeitlichen Rahmen von fünf bis zehn Minuten nicht überschreiten und ausschließlich die Krisenbewältigung beinhalten. Ein weiterer Grund für ein Telefonat mit dem Klienten könnte zur Belohnung nach schwierigen Veränderungsschritten eingesetzt werden und fungiert als positiver Verstärker für erwünschte Verhaltensweise, da Kontakte zum Therapeuten von den Klienten, insbesondere außerhalb der Therapiesitzungen, als angenehm empfunden werden. Ein weiterer Grund für die telefonische Kontaktaufnahme kann die Klärung der therapeutischen Beziehung sein, wobei auch dieses Gespräch so kurz wie möglich zu halten ist. Es soll ausschließlich zur Besprechung von evtl. in der Therapie-sitzung aufgetretenen Irritationen seitens des Klienten dienen, deren Klärung bis zur nächsten Sitzung nicht aufgeschoben werden kann.

Die **Supervisionsgruppe für Therapeuten** stellt einen integralen Bestandteil der Dialektisch-Behavioralen Therapie dar. Sie sieht sich verantwortlich für den Fortschritt der Therapie und stellt, im Gegensatz zur herkömmlichen Supervision, nicht den Therapeuten sondern die Therapie in den Vordergrund. Um möglichst detaillierte Informationen über den Therapieverlauf zu erhalten, finden regelmäßige Analysen der, in den Sitzungen entstandenen, Videoaufzeichnungen statt. Um auch in den Supervisionsgruppen ein vertrauensvolles Miteinander zu schaffen, wird mittels Supervisionsregeln der Umgang untereinander festgelegt.

Supervisionsregeln nach Bohus (2002, S. 96):

1. Die Therapeuten berücksichtigen die dialektischen Grundprinzipien
 - Es gibt kein „Richtig oder Falsch“.
 - Gegensätzliche Meinungen sind erwünscht und sollen verstärkt werden.
 - Die Supervisionsgruppe „balanciert“ den Einzeltherapeuten:
 - Sie betont die Fragilität der Patientin, wenn der Therapeut zu sehr auf Veränderung drängt.
 - Sie betont die Kompetenz der Patientin, wenn der Therapeut sie zu fragil behandelt.
 - Sie betont die Bedeutung der „Realität“, wenn der Therapeut zu sehr die subjektive Sichtweise der Patientin übernimmt.
 - Sie betont die Bedeutung der subjektiven Sichtweise, wenn der Therapeut sich zu weit von der Patientin entfernt hat.
2. Die Therapeuten beraten ihre Patientinnen, wie sie die jeweiligen Therapeuten dazu bringen können, sie adäquat zu behandeln
Es sollte also möglichst vermieden werden, „im Namen der Patientin“ bei anderen Therapeuten, Sozialarbeitern oder ähnlichen Hilfsorganisationen zu intervenieren.
3. Die Supervisionsgruppe hilft den Therapeuten ihre jeweiligen Grenzen wahrzunehmen und diese ihren Patientinnen mitzuteilen
4. Die Supervisionsgruppe beschreibt das Verhalten der jeweiligen Patientinnen phänomenologisch und nicht bewertend, als ob die Patientin anwesend wäre
5. Wenn die Supervisionsgruppe Deutungen oder Hypothesen entwickelt, so sind diese als solche zu benennen und mit der Patientin zusammen auf deren Stimmigkeit abzuklären.
6. Alle Therapeuten machen Fehler, die Supervisionsgruppe nützt dies, um gemeinsam zu lernen

Das ursprüngliche Konzept der DBT ist auf die ambulante Behandlung der Klienten über einen Zeitraum von einem Jahr ausgerichtet. Da sich jedoch im deutschsprachigen Raum besonders die ambulante Versorgungssituation von Borderline-Patienten derzeit noch als sehr ungenügend darstellt, finden sich viele Patienten in stationären Settings wieder. Dabei ist nicht außer Acht zu lassen, dass durch sta-

tionäre Bedingungen häufig dysfunktionale Verhaltensmuster bei den Klienten durch das Verhalten des Behandlungsteams verstärkt werden. Auch der permanente Umgang mit anderen Borderline-Erkrankten kann zu einer Verstärkung der Symptome führen. „Die hierarchischen Strukturen in Kliniken vermitteln ein starkes Machtgefälle zwischen Therapeut und Patient, was der Behandlung wenig zuträglich ist, jedoch dysfunktionale Grundannahmen der Patientinnen stärkt“ (Bohus, 2002, S. 98). Ob die stationäre Therapie Vorteile gegenüber der ambulanten Behandlung mit sich bringt, wurde bislang nicht empirisch untersucht. Leiden die Klienten allerdings unter schweren komorbiden Störungen (zum Beispiel Posttraumatische Belastungsstörungen), so stoßen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten häufig an ihre Grenzen und eine stationäre Therapie ist in solchen Fällen vorzuziehen. Deshalb müssen stationäre Konzepte ebenfalls Bestandteil eines langfristigen Behandlungskonzeptes sein (vgl. Bohus, 2002, S. 98 ff).

Was die Rahmenbedingungen und Struktur der stationären Behandlung der BPS betrifft, muss darauf geachtet werden, dass effektive therapeutische Arbeit mit Borderline-Klienten sowohl klare Regeln und Strukturen als auch ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassung an die individuellen Bedingungen fordert.

Die Behandlungsziele im stationären und teilstationären Setting lassen sich wie folgt gliedern (Bohus, 2002, S. 102):

1. Aufbau von Überlebensstrategien zur Bewältigung suizidaler Verhaltensmuster
2. Aufbau von Therapie-Compliance an Stelle von therapieschädigenden Verhaltensmustern
3. Befähigung zur ambulanten Therapie
 - a. Aufbau von Fertigkeiten zur Bewältigung von akuten ambulanten Problemverhalten
 - b. Aufbau von Fertigkeiten, um Hospitalisierung und Behandlungsverlängerung zu verhindern
 - c. Aufbau von Fertigkeiten, um die Wahrscheinlichkeit einer Wiederaufnahme zu verringern

Zur zeitlichen Strukturierung der stationären Behandlung kann gesagt werden, dass diese ebenso wie die ambulante Therapie mit der Vorbereitungsphase beginnt, in der es neben der Diagnostik um die Klärung der gegenwärtigen Notlage und die Motivation der Patientin für die Therapie geht.

Die *Stufe I* der Therapie, die sich über die ersten drei Wochen mit sechs Einzeltherapiestunden erstreckt, beinhaltet die Anamnese, die Verhaltensanalyse zum letzten Suizidversuch sowie zum letzten Therapieabbruch, die Analyse des Behandlungsfokus sowie die Teamvorstellung, welche Voraussetzung zum Erreichen der nächsten Stufe ist. Hier stellt der Patient den Fokus seines Therapieplanes in einem 30 min. Vortrag dem Behandlungsteam vor. Im letzten Schritt der Stufe I erfolgt die Erstellung der Behandlungsplanung, in der eine differentielle Analyse des zentralen Problemverhaltens mit dem Klienten erstellt wird.

Stufe II lässt sich in den Zeitraum zwischen der vierten und neunten Behandlungswoche verorten und wird durch das Zusammenwirken verschiedener Module bestimmt. Dazu zählt unter anderem das stationäre Behandlungsmodul der Bezugsgruppe, die sich aus der Gesamtheit aller Patienten einer Station zusammensetzt und sich zweimal wöchentlich trifft. Ein, von den Patienten gewählter, „Pate“ leitet die Gruppe und ist selbst Teilnehmer der Bezugsgruppe. Es werden Verhaltensanalysen besprochen, strukturelle Veränderungen im Therapieprogramm vorgeschlagen und Änderungen der Stationsregeln beantragt. Dabei wird die Bezugsgruppe von den Therapeuten unterstützt.

In der Einzeltherapie achtet der Therapeut streng auf eine reine Arbeitsbeziehung. Hierbei wird er vom Pfl egeteam unterstützt, die dialektische Balance zu gewährleisten. Im Fertigkeitentraining können aufgrund des kurzen stationären Aufenthaltes im Gegensatz zur ambulanten Behandlung nur einige klientenspezifische Fertigkeiten gelernt werden, die mit Unterstützung des Pflegepersonals eingeübt werden.

Für das Pflegeteam gilt die grundlegende Haltung: "Die Patientin ist mündige Partnerin mit einem spezifischen Problem. Die Pflegekraft ist Expertin und finanziert ihren Lebensunterhalt, indem sie die Patientin darin unterstützt, Veränderungsprozesse in die Wege zu leiten" (Bohus, 2002, S. 111). Somit ist es die Aufgabe des Pflegeteams, eine Balance zwischen Fürsorge und der Forderung nach Veränderung aufrecht zu erhalten. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, einem Patienten einen oder zwei Bezugspfleger an die Seite zu stellen. Diese sind speziell für den Patienten verantwortlich und führen das Skillstraining mit ihm durch, helfen Krisen adäquat zu bewältigen und sind Ansprechpartner für den Einzeltherapeuten.

Die wichtigste Funktion übernehmen die Bezugsbetreuer in der *Behandlungsstufe III*, in der die Entlassung des Klienten geplant und koordiniert wird. „Bereits diese kurzen Ausführungen lassen erahnen, dass beträchtliche fachliche Kompetenz erworben werden muss, um die Aufgaben zu bewältigen“ (Bohus, 2002, S. 113). Ähnlich der Bezugsgruppe sieht diese Stufe eine *Basis-Gruppe* vor. Hierbei handelt es sich um eine themenzentrierte, offene Gruppe, die sich mit der Vermittlung von störungsspezifischem Wissen, der Klärung und Verbesserung von strukturellen Belangen und interaktionellen Phänomenen innerhalb der Bezugsgruppe beschäftigt. Sie wird vom Therapeuten geleitet, um zu gewährleisten, dass die relevanten Themen an die persönlichen Erfahrungen der Teilnehmer anknüpfen, was aus dialektischen Gründen als wichtig erachtet wird.

Die *Körpertherapie* wird von den BPS-Patienten als der stärkste Wirkfaktor beschrieben. Diese gliedert sich in die Verbesserung der Körperwahrnehmung, Vermittlung von „Körperskills“ zur Spannungsregulation und Akzeptanz und Nutzung von Aggression. Dabei ist zu beachten, dass die Körpertherapie zunächst im Einzelmodus beginnt, da viele Klienten aufgrund ihrer Vorgeschichte zunächst mit diesem Modul Schwierigkeiten haben. Vor Beginn müssen Klient und Therapeut nonverbale Stoppsignale vereinbaren und einüben, da sich viele BPS-Patienten in Spannungssituationen nichtmehr akustisch äußern können.

In den wöchentlich stattfindenden *Teamsitzungen* treffen sich alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams. Hier wird ein Zeitbudget von 10 bis 15 min. pro Patientenbesprechung empfohlen. Der Aufgabenbereich der Teamsitzung stellt sich folgendermaßen dar (*Bohus, 2002, S.116*):

- Vorstellung der Behandlungsziele und Behandlungsplanung gemeinsam mit dem Patienten
- Gemeinsame Steuerung des Therapieverlaufes
- Koordination der Module
- Inhaltliche und emotionale Unterstützung des Therapeuten

4.3 Empirische Befunde zur Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie

Die DBT gilt zum jetzigen Zeitpunkt als eine der wenigen psychosozialen Behandlungsmethoden, die bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung effektive Erfolge verzeichnet. „In einer von *Crist-Christoph et al. (1998)* veröffentlichten Liste, welche alle empirisch validierten störungsspezifischen Psychotherapien auflistet, wird die DBT als einziges Behandlungskonzept für Borderline-Störungen als ‘probably efficacious’ eingestuft“ (*Bohus, 2002, S. 120*).

Diese Erkenntnis wird durch empirische Daten gestützt. Unter anderem führte *Linehan* selbst zwei Studien unter ihrer Leitung durch, in denen parasuizidale Frauen mit BPS durch das Zufallsprinzip der DBT oder einer Kontrollgruppe zugeteilt wurden. In ihren Studien wurden bislang ausschließlich weibliche Borderline-Patientinnen untersucht. Sie selbst gehörte neben Psychologen und anderen Fachkräften zum Behandlungsteam. Der Behandlungszeitraum betrug ein Jahr. „Erste Belege der Wirksamkeit der Behandlung trugen maßgeblich zur raschen Verbreitung der DBT bei. Seit 1995 ist auch im deutschsprachigen Raum die DBT das Verfahren der Wahl zur Behandlung einer BPS“ (*VPP, Stiglmayr, 2009, S. 277*). Es ließ sich feststellen, dass die Klienten der DBT-Gruppe schon nach vier Monaten signifikant weniger parasuizidal und ihre parasuizidalen Handlungen me-

dizinisch wesentlich weniger schwerwiegend waren. Die Klientinnen beider Gruppen äußerten jedoch keine Verbesserung hinsichtlich der gefühlten Hoffungslosigkeit, Suizidgedanken oder einer gesteigerten intrinsischen Motivation, am Leben bleiben zu wollen. *Barley et al.* (im Druck) stellte bei der Durchführung der DBT auf einer psychiatrischen Station ebenfalls eine Reduktion der Häufigkeit parasuizidaler Episoden fest.

Ein weiterer beeindruckender Erfolg der DBT bildet sich in der geringen Abbruchrate ab, die nach einem Jahr mit 16,4% in der Studie von *Linehan* deutlich unter den 50-55% anderer Behandlungsmethoden lag. Auch die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern viel nicht nur geringer, sondern mit 8,46 Tagen im gesamten Jahr deutlich niedriger aus, als die der Kontrollgruppe mit 38,86 Tagen. Bei einem Abschlussinterview mit der Kontroll- und DBT-Gruppe fiel die Fremdeinschätzung zur allgemeinen Anpassung der Klienten deutlich positiver für die DBT-Gruppe aus. Auch die DBT-Klienten selbst schätzten sich bezüglich ihrer allgemeinen Fähigkeiten besser ein als die Kontrollklienten.

Zeigte sich bei der Einschätzung hinsichtlich der Emotionsregulation, habitueller Wut und angstvollem Grübeln noch eine positive Selbsteinschätzung in der DBT-Gruppe, so ließ diese bei der Selbsteinschätzung hinsichtlich depressiver Stimmung deutlich nach. Zwischenmenschliche Fähigkeiten wie zum Beispiel interpersonelle Kompetenzen und interpersonelles Problemlösen bewerteten die DBT-Klienten besser. „Sowohl die Selbst- als auch die Interviewer-Fremdeinschätzung hinsichtlich der sozialen Anpassung waren bei ihnen höher als bei der Kontrollgruppe“ (*Linehan*, 2006, S. 19). Hinsichtlich der Einschätzung, sich selbst und die Realität zu akzeptieren und tolerieren, war allerdings keine Verbesserung festzustellen. Im Follow-Up nach 18 bzw. 24 Monaten konnte eine relativ stabile Veränderung bei den DBT-Klienten festgestellt werden. Die Ergebnisse von *Linehan* fanden in Studien von *Turner* (2000), *Koons et al.* (2001) sowie *Verheul et al.* (2003) ihre Bestätigung (vgl. VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 276).

„In der bislang jüngsten und wohl gründlichsten randomisierten kontrollierten Studie verglichen *Marsha Linehan* und Kollegen (2006) Standard-DBT mit 'Behandlung durch Experten' (nicht-verhaltenstherapeutisch, eher psychodyna-

misch orientiert). Die Stichprobe bestand aus 101 Patientinnen mit BPS. Alle teilnehmenden Patientinnen profitierten, jedoch zeigten sich deutlich bessere Resultate hinsichtlich Therapie-Compliance und Reduktion der Suizidversuche bei den DBT-Patientinnen. Kein einziges Therapieergebniskriterium favorisierte die 'Behandlung durch Experten'" (VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 276).

Die Wirksamkeit der DBT im stationären Rahmen wurde von *Bohus* untersucht und belegt (vgl. VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 276). „Die Effektstärken lagen durchschnittlich in Bereichen zwischen .9 und 1.4. Nach *Cohan* (1992) können diese Effekte als stark bis sehr stark bezeichnet werden, wie sie bei störungsspezifisch entwickelten Therapien gefunden werden, die auf monosymptomatische Störungen wie Angst, oder Zwangsstörungen zielen“ (*Bohus*, 2002, S. 121).

Diese Erkenntnisse haben maßgeblich dazu beigetragen, dass die Dialektisch-Behaviorale Therapie mittlerweile zu einem festen Bestandteil des Curriculums der verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitute geworden ist. „Zusammenfassend existiert insbesondere mit der DBT ein gut evaluiertes verhaltenstherapeutisch orientiertes Verfahren zur Behandlung von Patienten mit einer BPS. Erste Erfahrungen zeigten, dass jenseits der bestehenden Wirksamkeitsnachweise Therapeuten wie auch Patienten sich nicht zuletzt aufgrund der klaren Struktur der DBT wie auch der therapeutischen Haltungen deutlich entlastet und entsprechend weniger hilflos fühlen. Diese Beobachtungen werden durch eine signifikant verringerte Abbrecherquote eindrucksvoll belegt“ (VPP, *Stiglmayr*, 2009, S. 277).

5. Fragestellung

Wie bereits angeführt, sollen in dieser Arbeit sowohl die bislang zum Thema Dialektisch-Behaviorale Therapie existierenden Erkenntnisse als auch die subjektive Sicht einer Patientin mit einer BPS mit Hilfe eines Interviews und der zur Verfügung stehenden Literatur beleuchtet werden. Darüber hinaus soll ein erweitertes Verständnis in das Erscheinungsbild der Erkrankung und ein Einblick in die Welt der befragten Person ermöglicht werden.

In diesem Zusammenhang beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Bedeutung und Relevanz der Dialektisch-Behavioralen Therapie bei der Behandlung von Borderline-Patienten. Dabei stellt die geschlechtsspezifische Sichtweise einen differenzierten Blickwinkel dar und soll notwendige Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen.

Beruhend auf der Zielsetzung, einen Einblick in die subjektive Wahrnehmung der Betroffenen zu schaffen, erschien es sinnvoll, sich dem Thema über ein qualitatives Interview zu nähern. Aufgrund der hohen Sensibilität des Themas und des Anspruchs an Alltagsnähe und Praxisrelevanz bietet sich daher ein qualitatives Verfahren an. Offene Fragen zu stellen und der Befragten den Raum für Erklärungen und die Darstellung der eigenen Sicht zu gewähren, um im Anschluss Hypothesen generieren und salutogenetische Prozesse erklären zu können, wurde als besonders wichtig erachtet.

Da sich diese Arbeit speziell mit Borderline-Patientinnen beschäftigt, wurde ein Interview mit einer Klientin des Johanna-Kirchner-Hauses durchgeführt, der diese Diagnose nach dem ICD-10 gestellt wurde. Hierbei war von besonderem Interesse, wie sich die Erkrankung der Klientin entwickelt hat und in welcher Symptomatik sie sich äußerte bzw. noch äußert. Zudem sollten subjektive Denk- und Sichtweisen der Klientin dargestellt und mit der Realität abgeglichen werden.

Da die Schwere der Erkrankung bei der Befragten Person in der Vergangenheit langjährige Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und Einrichtungen erforderlich machte, war bislang eine ambulante Therapie, wie es die DBT grundsätzlich vor-

sieht, nicht möglich. Dennoch konnte die Klientin nach knapp zwei Jahren Verweildauer im Johanna-Kirchner-Haus aus dem stationären Setting entlassen werden und lebt bis heute in einer eigenen Wohnung. Daher stellt sich die Frage, welche Faktoren der Behandlung und Betreuung in der Übergangseinrichtung zur Stabilisierung der Klientin beigetragen haben und ob sich diese mit den konzeptionellen Inhalten der Dialektisch-Behavioralen Therapie decken.

Daraus lassen sich zwei primäre Fragen ableiten:

1. Sind die, für die BPS typischen, Symptome und aus der Literatur bekannten Annahmen bei der befragten Person nachzuweisen?
2. Lassen sich die Inhalte der DBT auch für Klientinnen mit einem stark ausgeprägten Störungsbild im stationären Setting effektiv und nachhaltig anwenden?

6. Darstellung der Methodik

6.1 Das strukturierte Interview

Das Interview ist ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die befragte Person durch eine Reihe gezielter Fragen zu verbalen Reaktionen veranlasst werden soll. Dabei lassen sich die einzelnen, vielfältigen Formen der mündlichen Befragung nach dem Grad der Strukturierung in „wenig strukturierte“, „teilstrukturierte“ und „stark strukturierte“ Interviewsituationen unterscheiden. Beim teilstrukturierten Interview liegt bereits ein festes Frageschema vor, wobei Formulierung und Reihenfolge der Fragen vom Interviewer beliebig variiert sowie der Situation angepasst werden können. Somit besteht keine starre Strukturvorgabe für den Ablauf des Interviews, sondern lässt einen gewissen Gestaltungsspielraum zu. In der Regel basiert ein derart strukturiertes Interview auf einem Gesprächsleitfaden, so dass dieses als Leitfadengespräch bezeichnet werden kann (vgl. *Scheuch*, 1967, nach *Jürgen Friedrichs*, 1990).

6.2 Aufbau des Interviewleitfadens

Zur Befragung der Klientin diente eine qualitative Erhebung in Form eines teilstrukturierten Interviews. Die verwendeten Fragen wurden in Anlehnung an die Ausführungen von *Ulrich Bartmann* (2007) zusammengestellt und um individuelle Fragen bezüglich der Erkrankung, Therapieerfahrungen und der persönlichen Situation der Klientin erweitert und individualisiert. Zu Beginn wurden allgemeine Fragen gestellt und erst zum Ende der Befragung auf die individuellen Bedingungen der Klientin eingegangen. Fragen zur Sexualentwicklung mussten ausgespart werden, da die Klientin nicht bereit war diese zu beantworten.

6.3 Durchführung des Interviews

Das folgende Interview wurde am 29.06.2012 mit einer ehemaligen Bewohnerin (nachfolgend mit Frau X. beschrieben) des Johanna-Kirchner-Hauses durchgeführt. Zur Aufzeichnung wurde ein Diktiergerät genutzt. Die Dauer des Interviews betrug ca. 60 Minuten. Frau X. ist 24 Jahre alt, lebt seit 2009 in einer eigenen Wohnung und wird vom Team des Einrichtungsverbundenen Wohnen betreut. Als tagesstrukturierende Maßnahme besucht sie unter der Woche ein Tageszentrum.

6.4 Die Auswertung

Die Auswertung eines Interviews kann in Anlehnung an die Ausführungen von *Siegfried Lamnek* (2005) durchgeführt werden. Dabei wird die Datenanalyse in unterschiedliche Phasen gegliedert. In der ersten Phase, die als **Transkription** bezeichnet wird, erfolgt die Verschriftlichung des Audiomaterials, welches im Original auf einem Datenträger vorliegt. Für diese Bachelor-Arbeit wurden umgangssprachliche und dialektische Ausdrücke und Färbungen ebenso wie bestätigende Lautäußerungen wie zum Beispiel „mhm“ berücksichtigt und dargestellt. Außer-sprachliche (wie beispielsweise Lachen, Seufzen etc.) und sprachbegleitende Handlungen wurden in Klammern notiert. Außerdem gilt es, die erhaltenen Informationen aus datenschutzrechtlichen Gründen zu anonymisieren; so wurde der Namen der Klientin durch ein „X“ ersetzt.

In der zweiten Phase, hier **Einzelanalyse** genannt, geht es um die inhaltliche Aufbereitung des Materials. Hierbei werden zunächst Nebensächlichkeiten entfernt und prägnante Textstellen hervorgehoben, mit dem Ziel, den Inhalt auf einen gekürzten und konzentrierten Text zu komprimieren. Daraufhin erfolgen eine erste Charakterisierung des Interviews sowie eine Einzelfallanalyse, die die Besonderheiten und das Allgemeine dieses Gesprächs herausstellen.

Im Anschluss folgt die **Generalisierende Analyse** mit dem Ziel, entscheidende Grundtendenzen zu erfassen, die wiederum zu allgemeinen Erkenntnissen umgedeutet werden können. Das Interview wird unter Berücksichtigung der konkreten Beeinträchtigungen und der bisher erlangten Erkenntnisse dargestellt, ausgewertet und interpretiert.

Als letzte Phase empfiehlt *Lamnek* (2005) schließlich eine **Kontrollphase**, da Fehlinterpretationen nie auszuschließen sind. Sie kann als Selbst- bzw. Fremdkontrolle durchgeführt werden. Bei Bedarf kann in dieser Phase auf das Originalskript oder auf die Originalaufnahme zurückgegriffen werden.

7. Strukturiertes Interview mit einer Borderline-Patientin des JKH

7.1 Klienteninterview

Erläuterung:

K = Klientin

I = Interviewer

I: Also das erst, was ich gerne von dir wissen möchte, das sind jetzt ein paar Fragen zu vor deiner Geburt...

K: Ja, okay.

I: Das wird etwas schwierig, aber wir versuchen es einmal.

K: Ja.

I: Deine Eltern.

K: Ja.

I: Vor deiner Geburt, wie war das? Wie haben sie gelebt? Haben sie in einem eigenen Haus gelebt oder in einer Wohnung?

K: Äm... Mein Papa und meine Mama haben sich in der Disco kennen gelernt. Sie war Bar und er war Tänzer und so, der hat Breakdance früher gemacht.

I: Okay.

K: Und dann haben sie sich da kennen gelernt und dann sind sie zusammen gekommen. Dann war sie mit mir schwanger, dann haben sie geheiratet.

I: Und du warst das erste Kind?

K: Genau.

I: Okay, also ähm haben sie noch vor deiner Geburt geheiratet oder?

K: Ne, danach erst, danach.. ja, ja.

I: Okay, und ihr habt dann in einer Wohnung gewohnt? Oder hattet ihr ein eigenes Haus?

K: Ne, eine Wohnung.

I: Okay, ähm und deine Eltern, weißt du wie alt sie waren bei deiner Geburt?

K: Meine Mutter, wo sie mich geboren hat?

I: Ja.

K: War 19 und mein Vater müsste 24 gewesen sein.

I: Da war deine Mutter aber auch noch sehr jung!

K: Hmm, ja ich weiß meine Mutter wird ja erst 43 am 4. Juli.

I: Stell dir mal vor du hättest schon ein Kind, dann wäre sie jetzt schon Oma.

K: Oh Gott, da bin ich ja schon, nö mei Mutter hat ja dann, war ja jünger, und ich bin ja a scho 24, ma loslegen können (lach).

I: Kein Stress (lach), okay, und deine Eltern haben sie irgendwelche Erkrankungen, also Diabetes oder so etwas?

K: Also sowas nicht, mein Papa hat zurzeit mit dem Knie Probleme, aber das kommt dann später erst vielleicht also.

I: Mhm.

K: Bei meinen Eltern gar nichts, eigentlich nichts.

I: Und weißt du wie die Schwangerschaft deiner Mama war? Also gab es da irgendwelche Komplikationen? Oder...

K: Ja, weil...

I: ...war alles normal?

K: ...meine Mutter war wohl ziemlich heftig zu meinem Vater, also von wegen böse Wörter und so, also wenn man schwanger ist, ist ja oft so.

I: Ja, dann hat man Stimmungsschwankungen.

K: Genau.

I: Die ganzen Hormone...

K: Das war ziemlich extrem, hat mein Papa sogar gesagt, das sie ihn richtig fertig gemacht hat teilweise.

I: Okay.

K: Hmm.

I: Ähm und während deine Mama mit dir schwanger war oder auch bei deinem Papa, gab es da einen Drogenmissbrauch? Oder so etwas?

K: Geraucht hat sie.

I: Geraucht hat sie.

K: In meiner Schwangerschaft hat sie geraucht.

I: Okay, ähm und weißt du ob deine Mama bei Geburtsvorbereitungskursen war?

K: Oh, das weiß ich gar nicht...

I: Also um Atemübungen zu lernen?

K: ...das hatten wir noch nicht, ich glaub, das erzählen auch Eltern ihren Kindern nicht, oder?

I: Und deine Geburt selber?

K: Ohne Komplikationen.

I: Echt?

K: Ja.

I: Gut, war es eine schnelle Geburt oder hat es lange gedauert? Weißt du das?

K: Es geht, es geht, also meine Schwester wurde zum Beispiel mit Kaiserschnitt geholt, aber bei mir war eigentlich alles normal, hat sie gesagt.

I: Gut, ähm dann geht es weiter mit Geschwistern.

K: Ja.

I: Wie viele Geschwister hast du?

K: Ich habe einen Bruder der ist 22, ich habe eine Schwester die ist 17 und ich habe einen Stiefbruder der ist 8.

I: Okay, und ähm deine Eltern die sind getrennt?

K: Ja.

I: Und wann war das, als sie sich getrennt haben? Weißt du das noch?

K: Wo ich 12 war vielleicht 12-13.

I: Und hast du dann bei deiner Mutter gelebt oder bei deinem Papa?

K: Mutter.

I: Bei deiner Mutter, und wie hast du das bei deinen Eltern empfunden? Hast du dich dort geborgen gefühlt und sicher?

K: Vor der Scheidung, oder?

I: Ja.

K: (atmet schwer) Mal so mal so war des, manchmal, ich war halt die Große immer.

I: Ja.

K: Genau (schweres atmen), ne ich hab mich manchmal ein bisschen vernachlässigt gefühlt, ehrlich gesagt.

I: Okay, und warum? Musstest du dich mit um deine Geschwister kümmern?

K: Zum Beispiel.

I: Okay, da war dann eben nicht so viel Zeit?

K: Genau, wie es oft ist.

I: Und wie haben dich deine Eltern erzogen? Findest du sie waren konsequent oder waren sie streng zu dir?

K: Normal.

I: Normal.

K: Sie waren nie streng, also wir wurden eigentlich ziemlich locker erzogen.

I: Wie fandest du das?

K: Eigentlich ganz gut.

I: Okay.

K: Haben meine Eltern an sich ganz gut gemacht (lach), es ist ja bei manchen Eltern so, die Kinder werden halt manchmal immer, ich weiß auch nicht dann, auch ich weiß auch nicht.

I: Aber das ist doch gut, wenn du das Gefühl hast, dass deine Eltern das gut gemacht haben, denn ich finde, wenn ich das so sehe, dass du schon einiges in deinem Leben geschafft hast?

K: Ja, es gibt ja auch Leute die machen eine strenge Erziehung und die werden trotzdem blöd, die Kinder. Das hat eigentlich mehr was mit dem Umfeld zutun und nicht mit den Eltern.

I: Okay, und haben in deiner Kindheit deine Großeltern eine Rolle gespielt? Hast du noch Großeltern?

K: Also ich hab noch ein Foto wo mein Opa mit Glatzen rum sitzt als Baby hab ich noch ein Foto, meine Oma die lebt auch nicht mehr, also ab und zu sind wir hingefahren, aber nicht so oft, zu meiner Uroma sind wir gefahren als ich kleiner war, das ist meiner Mutter ihre Oma, die hat sich auch gut gekümmert, da war ich so 3-4 da waren wir ganz oft, von meiner väterlichen Seite, da haben wir uns gesehen aber nichts so oft, normal eigentlich.

I: Mhm, okay.

K: Die ist eben jetzt auch, also die ist jetzt schon länger krank meine Oma die hat halt Darmkrebs gehabt und jetzt hat sie erst einen Tumor im Kopf raus bekommen, aber der war zum Glück gutartig, weil hätten die den nicht raus hätte der auf den Sehnerv gedrückt, deswegen mussten sie ihn operieren, bei meiner Oma, also die hat Darmkrebs, Diabetes hat sie also das ist schlimm.

I: Ja, das kann ich mir vorstellen, aber wie würdest du deine Kindheit bezeichnen? Als glücklich?

K: Naja, auf meinem Bildern lach ich halt immer, die wo ich hab.

I: Aber du selber, kannst du dich daran erinnern?

K: Ich bin eher ein fröhliches Kind.

I: Aber meinst du fröhlich, weil du von Grund auf fröhlich bist weil es dein Charakter ist? Oder weil du dich dort auch wohl gefühlt hast in deiner Kindheit?

K: Es ging, es liegt eher an mir selber.

I: Das liegt eher an dir selber, okay, warst du im Kindergarten?

K: Ja.

I: Ja, und ähm weißt du, wann du in den Kindergarten gekommen bist?

K: Mit drei glaub ich.

I: Und bist du mit sechs in die Schule gekommen oder mit sieben Jahren?

K: Mit sechs.

I: Hattest du dort viele Freunde oder viel Kontakt mit andern Kindern?

K: Ja, im Kindergarten war ich eigentlich immer recht beliebt, das war immer schön, da bin ich eigentlich immer gern hin gegangen und auch in der Schule ich hab immer mehr Jungs um mich herum gehabt, weil ich ja immer Fußball gespielt hab...

I: Ah.

K: ... und hab viel mit Jungs abgehangen oder hab eigentlich viele Freunde immer gehabt

I: Das ist immer noch so? Also du hast noch mit vielen Leuten Kontakt?

K: Ja.

I: Und kommst auch mit Allen gut zurecht?

K: Ja, genau, genau.

I: Und seid ihr während du im Kindergarten warst einmal umgezogen?

K: Ach, einmal das war im Kindergarten, und zwar, da wurde ich von jemanden an die Heizung gestummt, da waren die Zähne alle draußen (zeigt auf die Vorderzähne), die waren weg die sind erst mit sechs nachgewachsen und da haben die so eine Prothese drauf gemacht die sah aus wie Hase, dann haben sie die wieder raus gemacht und die sind erst mit sechs nachgewachsen, und ich hatte nur noch Backenzähne ein paar.

I: Und wie ist das passiert? Gab es da einen Streit mit dem Kind?

K: Ne, wir waren in so einem Nebenzimmer mit so Podesten und sind da im Kreis gerannt, dann hat mich jemand gegen die Heizung gestummt, oh, da hab ich geheult, da war ich oh Gott, alles Blut im Mund und meine Mutter keinen Führerschein, musste dann die Nachbarin fragen, zum Arzt gehen das war auch ein Problem, ja genau.

I: Und seid ihr dann in der Zeit mal umgezogen oder bist du immer in denselben Kindergarten gegangen?

K: Immer in denselben.

I: Habt immer im selben Ort gewohnt?

K: (nicken)

I: Okay, und gab es da bei dir irgendwelche Auffälligkeiten im Kindergarten?

K: Normal, normal, normal.

I: Dann in der Schule.

K: Hmm.

I: Waren in der Schule dieselben Kinder deine Freunde wie im Kindergarten?

K: Teilweise, teilweise, oder also da haben sich die Klassen überschritten.

I: Hat sich dein Freundeskreis in der Schule vergrößert oder ist es derselbe geblieben wie im Kindergarten?

K: Ja, wenn Neue kamen hab ich mich auch mit denen verstanden, es kam halt drauf an wie sie waren ich geb aber jeden ne Chance irgendwie mal.

I: Und hast du deinen Eltern von deine Freunden erzählt? Was du mit ihnen machst?

K: Eher weniger.

I: Haben dich deine Freunde zuhause besucht?

K: Ja, klar.

I: Okay, und wie haben sich deine Eltern gegenüber deine Freunden verhalten?

K: Normal, ganz normal.

I: Waren auch einverstanden mit deinen Freunden?

K: Ja, ja klar, einen Kumpel von mir hätte meine Mutter gerne als Schwiegersohn gehabt.

I: Jetzt kommt eine tolle Frage für dich, die Frage nach deinen Hobbys.

K: Vor allem Fußball halt, Kinderturnen, Schwimmen, Fahrrad fahren, Inliner fahren, alles Mögliche.

I: Alles Sportliche ?

K: Ja.

I: Und musikalisch, hattest du da auch Interessen?

K: Ne, des gar nicht, des Hass ich.

I: Gar nichts?

K: Ne ich mag des gar nicht, genauso wenig wie ich lesen mag, das mag ich auch nicht!

I: Gut. Wie war es in der Schule? Warst du eine gute Schülerin, oder hattest du Probleme und musstest dich sehr anstrengen?

K: Das Problem war, das, ich habe extra schlechte Noten geschrieben damit ich auf der Hauptschule bleiben darf (lachen).

I: Wirklich?

K: Ja doch, das war dann so ich habe schon alleine wegen meiner Schrift eine Note weniger bekommen, anstatt einer eins eine zwei, weil ich wollte einfach bei meinen Freunden bleiben.

I: Ja?

K: Ich fand die Schule eher langweilig, die Hauptschule.

I: Hast du dann sehr schlechte Noten geschrieben?

K: Nein, das waren zweier und dreier auch nur (lach) einen vierer hatte ich mal in Deutsch.

I: Du bist dann in der Hauptschule geblieben! Und hast du diese dann abgeschlossen?

K: Das war dann so, ich bin dann mit 14 in die KJP in W. gekommen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, da hab ich Glück gehabt in G. ist auch die F.-Straße da war meine Schule in G., da war ich immer in der Schule und dann bin ich nach L. gekommen und auf Grund meiner guten Noten hab ich den Hauptschulabschluss dann noch bekommen.

I: Ok.

K: Sonst hätte ich ihn gar nicht bekommen, nur wegen, weil ich gute Noten hatte, hätte ich eh die neunte Klasse geschafft, von daher hat man mir dann einfach so das Abschlusszeugnis gegeben, ein viertel Jahr hab ich noch gefehlt in der Schule auf jeden Fall, das letzte viertel Jahr.

I: Also konntest du den Quali nicht mit schreiben?

K: Nein.

I: Ok, aber deine Noten waren so gut, dass es für den Hauptschulabschluss gereicht hat?

K: Ja.

I: Gut.

K: Das war voll scheiße, ich hab mir voll meine Noten versaut wo ich in der Klapse war, ich hatte überall zweier, dann hatte ich überall dreier im Zeugnis stehen, scheiße.

I: Naja, du darfst aber auch nicht aus den Augen verlieren, dass du in dieser Zeit im Krankenhaus warst.

K: Hmmm.

I: Du musstest aber auch nie eine Klasse wiederholen?

K: Nein.

I: Und haben deine Eltern dich damals bei denen Hausaufgaben unterstützt?

K: Nein, hab ich alleine gemacht, ich hab meine Mathe-Hausaufgaben immer vor dem Fernseher gemacht (lach).

I: Wirklich?

K: Na gut, Hauptschule-Mathe ist was anderes als Gymmie.

I: Aber man muss sich doch trotzdem konzentrieren?

K: (lach) Meint meine Mutter mach deine Hausaufgabe richtig, und ich, ich mach sie richtig.

I: Aber deine Mutter hat schon geschaut, dass du deine Hausaufgaben auch machst?

K: Nö, wie gesagt Hausaufgaben hatte ich immer, die meisten wollten die immer in der Schule von mir abschreiben (lach).

I: Findest du, dass dich deine Eltern zur Selbstständigkeit erzogen haben?

K: Ja, das würde ich auf jeden Fall schon so sagen, was das einzige war, was das mein Papa stolz war, das ich so gut Fußball spielen konnte, da waren sie richtig stolz drauf, damals weil ich immer die Beste war und das war für meinen Vater so schön, weil normalerweise ist es ja der Sohn der Fußball spielt und der fand das super, das ich so gut gespielt hab, meine Mutter hat das net so interessiert aber meinen Papa.

I: Das kann ich mir vorstellen, dass er da stolz war.

K: Genau.

I: Hat dich dein Vater dann auch zu Spielen begleitet?

K: So ist es, genau.

I: Haben dich deine Eltern dabei unterstützt, selber zu entscheiden welche Hobbys du hast und in welchen Verein du gehst?

K: Ja, ja, ja da haben sie mir nie was eingeredet, also auch nicht, die haben nie gesagt, das ich Fußball spielen soll, ich hab halt in der Schule immer gespielt, da war ich gut, und die haben mich nie zu was gezwungen, die haben mich immer unterstützt eigentlich, wenn ich was gemacht hab, also Fußball war mein meistes Hobby, aber die haben mir nichts gesagt, du musst das und das machen.

I: Nach der Scheidung deiner Eltern, warst du ja bei deiner Mutter?

K: Hmm, hmm.

I: Und musstest du dann schnell selbstständig werden? Also Dinge im Haushalt übernehmen?

K: Zum Beispiel, meine Mutter ist putzen und ich bin nach der Schule heim gekommen und hab gebügelt, gewischt und gekocht und alles.

I: Wie alt warst du zu der Zeit?

K: Zwölf, immer wenn ich früher Schule aus hatte, so 11.15 Uhr, dann hab ich des immer gemacht.

I: Und musstest du dann auch auf deine Geschwister aufpassen?

K: Manchmal, manchmal, aber mein Bruder ist ja nur zwei Jahre jünger als ich und die D. ist ja acht Jahre jünger als ich, äh ne sieben.

I: Ok, und eine Berufsausbildung konntest du nicht machen?

K: Nein, hab ich leider nicht.

I: Ok, und gibt es aber etwas was du gerne gemacht hättest?

K: Berufsmäßig?

I: Ja.

K: Was mit Kindern.

I: Also Kinderpflegerin oder Erzieherin?

K: Ja, was ich halt zur Zeit mit meiner Chefin der D. überlege ist halt ein Beruf wie die Altenpflege würde mir Spaß machen, weil die alten Leute reden ja gern mal, und ich texte die Leute eh immer voll zu (lach), von daher passt des.

I: Aber, das ist ja dann doch noch einmal etwas anderes, älteren Leute und Kinder.

K: Ja ne, ja wie gesagt es ist auch immer so, schon im Bus, alte Leute die bedanken sich immer, ob ich den Knopf drücken soll, ob sie sich hinsetzen wollen, des mach ich schon immer alles so.

I: Du hast ja auch eine offene und freundliche Art.

K: Ja.

I: Und steht da jetzt im Moment zur Debatte ob du in dem Bereich mal was machst?

K: Später, ich bin jetzt erst mal im ESW was ich als nächstes mach, ich gehe wahrscheinlich in den Dokumentenservice, das wollt ich ja erst nicht wegen dem weg, aber da geht auch die D. hin da möchte ich auch hin, ne, es ist eigentlich so

ich wollt erst in die „Elektro“ weil das auf dem gleichen Weg liegt wie jetzt mit der Arbeit und für den Dokumentenservice müsste ich früher aufstehen.

I: Aber, wenn das was ist was dich interessiert, lohnt es sich doch?

K: Jetzt bin ich erst mal in H. in dem BBB.

I: Und dort fährst du jeden Tag hin und ihr macht dort unterschiedliche Sachen?

K: Ja, was wir hauptsächlich machen ist Elektronik oder mit Metall.

I: Und was macht ihr da genau?

K: Keine Ahnung, ja zum Beispiel die Kabel ab isolieren und die Stecker dran und so was.

I: Also kleine Montagearbeiten?

K: Genau so kann man, Montagearbeiten, sonst haben wir noch jeden Freitag gekocht, aber die J. kann das jetzt nicht mehr machen, weil sie sich einen Job suchen muss.

I: Weißt du ob deine Eltern alle Vorsorgeuntersuchungen mit der wahr genommen haben?

K: Ja, haben sie.

I: Hattest du irgendwelche Kinderkrankheiten?

K: Ja, Windpocken, Arm zwei Mal gebrochen (Pause), Loch im Kopf oder was weiß ich, ich bin da mal mit dem Fahrrad gefahren und mit dem Kopf gegen die Ecke gefallen.

I: Gab es öfter solche Unfälle?

K: Ja, das ist ja immer noch so (lach), das war schon früher so.

I: Liegt das daran, das du schusselig bist, oder daran dass du dich viel wagst?

K: Ne, ich bin schusselig, ich habe auch oft Bänderrisse gehabt, oder keine Ahnung.

I: Und das passiert dir jetzt immer noch, dass du dich häufig verletzt?

K: Ja, letztens hab ich mir erst beim Aufstehen den Kopf und die Nase an der Wand angehauen, das hat bestimmt eine halbe Stunde geblutet, aber das ist normal bei mir.

I: Wenn du sagst, dass das schon normal ist, findest du es dann schlimm wenn du dich verletzt?

K: Nö, einmal hab ich mir das Bein so aufgeschnitten das die Sehnen durch waren, da hab ich dann einen Gips bekommen, den hab ich aber selber wieder abgemacht und mir die Fäden gezogen, damit ich in den Baggersee konnte, dann

hat sich alles entzündet und das Bein hätte fast amputiert werden müssen. Das ist schon ganz schön lange her, aber aufgehört hab ich damit nicht, erst als ich in W. war, da hab ich mir meine beiden Hände gebrochen, dann ging es wieder.

I: Ok, und hast du schon mal irgendwelche Drogen genommen?

K: Ne.

I: Oder hast du geraucht? Und wie alt warst du da?

K: Ja, gekifft oder was meinst du? Also gekifft hab ich mit 16 und geraucht von 14 bis 22.

I: Dann ist das ja noch gar nicht so lange her, dass du mit dem Rauchen aufgehört hast?

K: Ne, ne, ne zwei Jahre.

I: Und warum hast du aufgehört?

K: Wegen dem Geld.

I: Aber gekifft hast du nicht so lange?

K: Nein, nur einmal.

I: Ok, als du dann in die Klinik gekommen bist...

K: Ja, wann das erst mal oder was?

I: Ja, weißt du das?

K: Ja, (zögern) mit 14.

I: Und da warst du in W. in der U.-Klinik?

K: Ja, genau.

I: Und warum?

K: Ritzen.

I: Und wann hat das angefangen?

K: Mit 14.

I: Das hat mit 14 angefangen und dann bist du auch gleich...

K: Ich war bei Wildwasser.

I: Ah.

K: Und ich hab mich halt immer geschnitten, da ham sie gesagt sie können des nicht verantworten, da haben sie mich in die Klinik hoch gebracht.

I: Ok, und warum warst du bei Wildwasser?

K: Weil ich vergewaltigt worden bin.

I: Ok, und das ist auch mit 14 passiert?

K: Genau, Anfang.

I: Und war das innerfamiliär oder von jemand Fremden?

K: Ne, fremd.

I: Ok, und du warst dann bei der Beratungsstelle, bist du dort von dir selbst aus hin gegangen oder hat dich dort jemand hin geschickt?

K: Ne, mich hat Jemand hin geschickt.

I: Und die Beraterin dort hat dich dann in die Klinik geschickt?

K: Ja, weil ich konnt fast nicht mehr laufen, weil ich alles aufgeritzt hatte, da bin ich nur noch gehumpelt.

I: War es wirklich nur geritzt oder tief geschnitten?

K: Tief geschnitten, das ist ja auch ein Unterschied, nä?

I: Ja, oder wie siehst du das?

K: Ja, weil ich sag auch immer schneiden, aber die Anderen sagen ritzen, aber ich sag eigentlich auch immer schneiden dazu.

I: Aber es scheinen ja doch sehr tiefe Verletzungen gewesen zu sein?

K: Ja, das war schon heftig damals.

I: Hast du dann auch selber gesehen, dass du die Hilfe brauchst?

K: Ja, das war nicht schlimm für mich, ich fand das eigentlich in Ordnung, weil ich das selber nicht mehr ausgehalten habe, die ganzen Ängste und alles was da war.

I: Mhm, und weißt du noch wie lange du dann in der Klinik warst?

K: Ein Jahr.

I: Ein Jahr?

K: In L. war ich vier Jahre, also ich bin nach dem Jahr nach Hause weil ich mich geschnitten hab, also ich hab es den Anderen nachgemacht, dann war ich bei einer Psychotherapeutin der Frau Dr. S. die war von der F.-Straße und bei der war ich jeden Tag sogar, da bin ich von H. immer nach G. gefahren und die wollte mich dann wieder aufnehmen, aber die haben mich dann nicht mehr genommen.

I: Also ist es dann in der Klinik nicht besser geworden mit dem Schneiden?

K: Schlimmer.

I: Schlimmer, weil du es den Anderen nachgemacht hast?

K: Ne, sie mir, des ging sechs Jahre mit der Schnippelei, kein Ahnung, aber in der F.-Straße wo ich da entlassen worden bin, da war es richtig schlimm, da war ich jeden Tag bei denen zum Verbandswechsel, mit diesen Netzten und alles, und da wollte sie mich eben aufnehmen und da hieß es die einzige Möglichkeit ist L..

I: Und warum warst du nach dem Jahr nicht mehr in der Klinik, wenn es dir nicht besser ging?

K: Die haben mich raus geschmissen, keine Ahnung warum, also ich weiß es nicht, sie brauchen ein Bett.

I: Warst du dort als Falschlieger?

K: Nein, so haben sie es auch nicht gesagt, eigentlich gar net, mein Arzt hat nur einmal gemeint von der F.-Straße, dass wenn ich noch einmal in die Psychiatrie komm, dass ich dann auf der Schiene bleib, aber ich versteh auch nicht warum, dass hat keiner Verstanden warum die mich entlassen haben.

I: Und dann bist du wieder nach Hause zu deiner Mutter?

K: Genau.

I: Und bist dann jeden Tag zu der Therapeutin gegangen und zum Verbandswechsel?

K: Ja, ja.

I: Und wann bist du dann nach L. gekommen?

K: Wo ich des mit dem Fuß gemacht hab, wo so heftig war.

I: Und wie alt warst du da?

K: 14-15 das war alles so um 14 rum.

I: Das war alles in den ein, zwei Jahren?

K: Ich war zwei Wochen aus der Klinik daheim und dann ging es wieder los.

I: Zwei Wochen nur?

K: Und dann hieß es sie müssen mich einweisen, das war so schlimm in L., ich war 15 und die waren alle älter auf einer geschlossenen Abteilung, also.

I: Und hattest du vorher schon mal was von L. gehört?

K: Ne, davon wusst ich generell gar nichts.

I: Und hattest du dann in der Klinik auf Freundschaften?

K: Ich hab viele Freunde gehabt eigentlich, die haben mir mal ein Goldkettchen geschenkt mit „Tu es nicht“, da war ich in der Geschlossenen, da haben sie es mir abgenommen und haben es verloren, das war echt Gold, das ist zum Kotzen, die haben auch mein Handy geklaut und alles, meine Sachen waren alle weg wo ich da in der Geschlossenen war.

I: Und mit wie vielen Personen warst du da in einem Zimmer?

K: Warte, zwei regulär, es gibt auch ein Drei-Bett-Zimmer.

I: Hast du ich dann in der Klinik wohl gefühlt und sicher, ging es dir dort besser?

K: Schlechter.

I: Schlecht?

K: Ich bin ausgeflippt.

I: Also ist es dort dann noch mehr geworden?

K: Ja, so zu sagen.

I: Und wie lange warst du dann in L.?

K: Vier Jahre.

I: Vier Jahre?

K: Bis 19 und dann bin ich hier her gekommen.

I: Und bevor du hier her nach M. gekommen bist, hast du dir dann schon mal andere Einrichtung angesehen gehabt?

K: Das war das Erste.

I: Das war das Erste was du angeschaut hast, und hier bist du auch gleich hin?

K: Genau.

I: Und hat es dir hier dann auch gefallen?

K: Ja, ich fand's schön, ich hatte auch Ausgang und alles, das hatte ich in L. nie, da war ich immer eingesperrt.

I: Du hattest dort gar keinen Ausgang?

K: Selten nur, dann hab ich mich wieder geschnitten, dann haben sie ihn mir wieder gestrichen, ich durfte dann nur mit Verwandten mal raus oder mit anderen Patienten, aber alleine ganz selten.

I: Also hat sich deine Symptomatik dort auch nicht verbessert?

K: Nein.

I: Und wann hat zum ersten Mal jemand zu dir gesagt, welche Diagnose du hast?

K: Wann?

I: Ja, war das schon in W. oder erst in L.?

K: In L.

I: In L. und was hat man da zu dir gesagt?

K: Ich bin ein hoffnungsloser Fall, aus mir wird niemals mehr was werden.

I: Und warum hat man das zu dir gesagt?

K: Ja, weil ich hab mich geschnitten, mich aufgeführt und des ging halt nimmer.

I: Und hat dann jemand zu dir gesagt, „das ist die Diagnose die wir stellen, mit dieser Krankheit haben wir es zutun“?

K: Das hab ich nur eigentlich immer bei den Beschlüssen gesehen, mir selber hat es eigentlich zum ersten Mal die Frau Dr. S. erklärt was „posttraumatische Belastungsstörung“ ist, das hat mir die Frau Dr. S. letztens erst erklärt, weil da stand immer, also gesagt haben sie es nie, posttraumatische Belastungsstörung mit Borderline-Typ, gel des stand halt immer auf den Gerichtsbriefen, aber selber haben sie mir nie viel gesagt.

I: Und du hast die Ärzte auch nicht gefragt?

K: Des war mir scheiß egal.

I: Und hast du dann in der Klinik an therapeutischen Angeboten teil genommen?

K: Ja, an allem.

I: Was wurde dort angeboten?

K: Kunsttherapie, Musiktherapie, Arbeitstherapie, Reittherapie, Beschäftigungstherapie, Sport-AG`s.

I: Bist du zu allem gerne gegangen?

K: Zur Arbeitstherapie wollte ich gar nicht, weil des waren immer drei Stunden so scheiß Playmobil früh, da hab ich immer verpennt, weil ich war immer voll müde, dann kam immer die Schwester und hat gesagt ich muss aufstehen, dann hab ich gesagt ich will nicht mir geht es nicht gut (lach).

I: Sagt dir der Begriff „Psychoedukation“ etwas?

K:Ja, kenn ich.

I: Daran hast du aber nie teilgenommen?

K: Ich hatte nur Dissoziationstraining, oder wie des hieß, sagt des dir was? Dissoziieren heißt ja, das du abwesend bist, da ich weiß net Dissoziationsgruppe hieß des, da haben wir, was mit verschließen irgendwie so was, ich weiß net was des war, so Gedanken machen, in einen Koffer schließen und irgendwie behalten so im Hinterkopf ich weiß aber nicht mehr genau was des war.

I: Und Therapie hast du auch gemacht?

K: Ja, klar ich war ja das erste Mal auf der Psychotherapiestation und dann wollt ich die Therapie anfangen, dann war`s so schlimm, dass ich sie abbrechen musste und musste auf die geschlossene Station.

I: Dort hast du dann auch einen Beschluss bekommen?

K: Ja, na klar, weil ich unter 18 war sowieso.

I: Und seit wann hast du deine Betreuerin?

K: 18-19 müsste das gewesen sein, so um den Dreh.

I: Also, kurz bevor du nach M. gekommen bist?

K: Genau, in der Klinik kam des alles zu zum Laufen mit der Frau H. da war ich im Haus 3, des muss dann so mit 18 gewesen sein.

I: Und du warst dann in der Klinik auf unterschiedlichen Stationen?

K: Ja, ich war erst auf der Psychotherapiestation, dann auf der Geschlossenen, dann auf der halb offenen, dann wieder auf der Geschlossenen, dann auf der Behindertenstation, das war schlimm, nur behinderte Leute, Boa ey sieben Wochen weil die wussten nicht mehr weiter was sie mit mir machen sollten, und dann bin ich vom Balkon gesprungen, dann konnt ich nicht mehr laufen, dann haben sie mich erst mal fixiert im Bett klar, aber ich konnt erst laufen wieder und dann wollt ich nachts aufstehen aber meine Füße gingen nicht mehr, es ging nicht mehr, dann hab ich geklingelt, dann kam keiner, dann bin ich vor gekrabbelt, dann war ich im Krankenhaus und es war alles kaputt, Sprunggelenk, Ferse alles ich konnt nicht mehr laufen, war dann im Rollstuhl.

I: Das du dich geschnitten hast war also nicht das Einzige?

K: Nein, ich hab Hand gegen die Wand, Finger, keine Ahnung ganz viel, gebrannt, alles, aber das ist vorbei, das mach ich nicht mehr.

I: Das ist gut, und dann bist du nach M. gekommen?

K: Genau.

I: Hattest du zu der Zeit noch einen Beschluss?

K: Nein, ich glaub nicht, ich hab noch nie einen Beschluss in der Hand gehabt.

I: Und auf welcher Gruppe warst du dort?

K: Auf der halb offenen und dann bin ich unters Dach gezogen.

I: In der Zeit in M. gab es da noch einmal einen Klinikaufenthalt?

K: Ja, einmal in W. vor fünf Jahren.

I: Und was hat dazu geführt?

K: Ich hab mich stark geschnitten.

I: War das am Anfang als du nach M. gekommen bist erst besser?

K: Auf jeden Fall, fand ich schon.

I: Und was hat das erneute starke schneiden ausgelöst?

K: Der D. (lach), hauptsächlich, ist ja klar, der war auf der gleichen Gruppe, der ist ein paar Tage vor mir gekommen, da hat die S.Z. gemeint, sie wusste schon das er was von mir will, weil der hat mich schon immer so angeschaut, dann kam er mal so und hat gemeint, na mein Schatz, dann hat es irgendwie gefunkt, dann hat

der D. zu einer anderen Bewohnerin gemeint, „ja ich traue mich nicht sie zu küssen“, des ist süß.

I: Ist das dann dein erster Freund?

K: Ne, ne ich hab schon genug gehabt.

I: Hattest du dann in der Klinik auch Freunde?

K: Ja.

I: Dann waren die ja alle älter als du, wenn du dort die Jüngste warst?

K: Ja, alle, die standen alle auf mich, weil ich da noch schlank war, das war schlimm.

I: Waren das dann längere Beziehungen?

K: Larifari.

I: Larifari, ok, und mit dem D. bist du jetzt schon wie lange zusammen?

K: Sechs Jahre.

I: Das ist aber schon eine lange Zeit, und wie lange warst du dann das letzte Mal in W.?

K: Zwei Wochen, dann bin ich wieder ins J.-Haus gekommen.

I: Und die Symptomatik ist dann in der Klinik besser geworden?

K: Ja, seit dem habe ich nichts mehr gemacht.

I: Seit der Klinikeinweisung war dann nichts mehr? Welcher Schalter hat sich da bei dir umgelegt?

K: Ich hab mir gedacht, das kann jetzt nicht so weiter gehen.

I: Dann gab es ja schon keine Selbstverletzung mehr seid?

K: Vier-fünf Jahren ungefähr, viereinhalb Jahre .

I: Wahnsinn, das das bei dir so von heute auf morgen geklappt hat.

K: Das schaffen nicht viel, das ist ganz selten dass das eigentlich jemand schafft, ich kenne sonst niemanden.

I: Ich auch nicht, und als man dir im J.-Haus gesagt hat, dass du noch einmal in die Klinik musst...

K: Schlimm, weil der D. war nicht da, ich hab die ganze Zeit mit ihm telefoniert, aber dann war kein Geld mehr auf meinem Handy, dann konnte ich ihn nicht mehr anrufen.

I: Aber freiwillig wärst du nicht in die Klinik gegangen?

K: Naja, ich bin ja mitgegangen, ich hab zwar gesagt ich geh nicht, aber ich hab mich nicht aufgeführt oder so.

I: So etwas gab es bei dir auch nie?

K: Nö.

I: Und seit wann bist du jetzt im Einrichtungsverbundenen Wohnen in deiner eigenen Wohnung?

K: Seit drei Jahren.

I: Seit drei Jahren?

K: Ne, vier, vier schon, also ich war zwei Jahre im Haus und vier Jahre bin ich in der Wohnung.

I: Das ist schon eine lange Zeit, und in deiner Wohnung wirst du noch betreut?

K: Genau.

I: Und wie oft kommt da jemand?

K: Wenn ich arbeite, Dienstag und Donnerstag und wenn ich Urlaub habe kommt sie jeden Tag mal vorbei.

I: Und wie lange bleibt sie dann immer?

K: Kommt drauf an, so eine Stunde circa.

I: Und was macht ihr dann?

K: Einkaufen oder laufen, uns fällt immer was ein eigentlich.

I: Aber sie nimmt auch Arzttermine mit der wahr?

K: Genau, genau, ja, ja.

I: Und deine Betreuerin hast du auch noch?

K: Ja.

I: Und die Dissoziationstherapie, hat sie dir genützt?

K: Ich hab da nicht mitmachen können, ich konnt mir da nichts vorstellen.

I: Warst du motiviert eine Therapie mit zumachen?

K: Eher weniger, geb ich ganz ehrlich zu.

I: Hattest du dann seit dem du hier bist noch einmal Psychotherapie oder etwas Ähnliches?

K: Nein.

I: Würdest du dir das wünschen?

K: Dann würde ich wieder in die Klapse kommen, des will ich gar net, das hab ich auch schon überleget, aber das bringt nichts ich hab keine Lust da hin zu gehen.

I: Ok, aber mit deinem Freund bist du immer noch zusammen?

K: Ja.

I: Und der kommt auch regelmäßig zu dir?

K: Jeden Tag.

I: Jeden Tag kommt er, und am Wochenende kann er hier schlafen?

K: Ja, genau.

I: Und dein Geld das du im Monat zur Verfügung hast bekommst du woher?

K: Vom Versorgungsamt.

I: Und im E.-Werk verdienst du auch was?

K: Ja, Übergangsgeld heißt das.

I: Ist das dann mehr als du im J.-Haus zur Verfügung hattest?

K: Ich hab da alles mal durchgemacht, Küche, Kreativ und Playmobil ich hab das manchmal so gemacht das ich früh in der Küche war, dann bin ich in die Kreativ und dann ins Playmobil am Nachmittag.

I: Und im E.-Werk könntest du jetzt im Archiv arbeiten?

K: Ja, aber das gefällt mir nicht wirklich, mir gefällt da eigentlich gar nichts besonders gut, des gute ist nur im Archiv geht die Zeit schnell um, das Dateneingeben macht auch Spaß und die Zeit geht schnell um, aber danach tun mir meine Augen immer weh.

I: Das strengt dich also an vor dem PC?

K: Ja.

I: Aber so kommst du mit dem PC zurecht?

K: Genau, ja.

I: Dein Traum wäre es aber etwas mit Kindern zu arbeiten?

K: Ja, aber ich weiß ja das ich das nicht darf.

I: Aber du kannst dir eine Arbeitsstelle mit älteren Personen anschauen?

K: Ja, in einem Altenheim, da will ich vielleicht nächstes Jahr ein Praktikum machen.

I: Ok, und du hast mir ja schon einmal erzählt, das du gerne mit deinem Freund zusammenziehen würdest?

K: Ja, in fernen Zukunft, sonst bekomm ich mein Geld nicht mehr so wie ich es jetzt bekomm.

I: Und wünscht sich das dein Freund auch?

K: Dass er zu mir zieht?

I: Ja.

K: Er will es eigentlich auch.

I: Und würdet ihr dann hier wohnen bleiben wollen?

K: Ja, ich würde lieber in M. bleiben, das Problem ist nur der D. isst für uns beide und ich krieg kein Geld mehr, gar nichts mehr, das bringt nichts, und außerdem ist der D. so ein Kot, ich will vielleicht erst mal wissen, dass er seine Wohnung mal sauber halten kann, bevor wir zusammen ziehen, weil des wär dann so er wär im Internet und ich komm von der Arbeit und alles würde ausschauen, das weiß ich jetzt schon.

I: Dann würdest du dir also wünschen, das er zuerst in eine eigene Wohnung zieht um zu sehen wie es dort läuft und wenn das gut geht könntest du dir vorstellen mit ihm zusammen zu ziehen?

K: Genau, genau.

I: Du drängst aber nicht darauf, dass das bald möglichst passiert? Denn du hast ja hier dein eigenes Reich und bist so zufrieden wie es ist, da er dich ja auch jeden Tag besuchen kann?

K: Genau, so ist es.

I: Und du hast ja auch deine Freunde und dein soziales Umfeld hier, und auch wenn sich dein Arbeitsweg durch eine Wohnung in W. verkürzen würde, würdest du dort nicht hin wollen?

K: Das Problem ist halt, du bekommst in W. eine wesentlich kleinere Wohnung für das Geld, da fahr ich lieber früher mit dem Zug, weil die Wohnung ist mir wichtiger, klar ist das anstrengend mit dem Zug, aber ich fühl mich hier einfach total wohl, ich finde das jetzt nicht schlimm, mir gefällt es, am Anfang war es schlimm, da hab ich nichts mehr gegessen, da hab ich acht Kilo abgenommen, aber das war wahrscheinlich der Stress was ich da hatte.

I: Wegen der neuen Situation?

K: Ich kenn das seit fast zehn Jahren nicht mehr, so ne alleine Situation, ich bin ja nicht als normaler Jugendlicher ausgezogen, also vom Alter her so mit 20 oder so.

I: Ok, und welche Wünsche hast du für deine Zukunft?

K: Ich möchte auf jeden Fall mal irgendwann auf eigenen Beinen stehen können.

I: Mhm, und möchtest du auch einmal eine Familie haben?

K: Ja.

I: Also auch heiraten und Kinder bekommen?

K: Ja.

I: Und das kannst du dir schon mit deinem jetzigen Freund vorstellen?

K: Ja.

I: Ihr ergänzt euch gut?

K: Ja, ich bin die Dominante und er ist der Kot.

I: Und beruflich?

K: Gucken wir mal wies weiter geht, ich hab mir gedacht überall mal ein Praktikum zu machen um zu schauen was mir gefällt, dann kann ich ja noch mal entscheiden.

I: Aber du würdest dir dann schon wünschen eine Ausbildung zu machen oder würde es dir reichen...

K: Hilfsarbeiter oder so?

I: Ja.

K: Ich würde lieber eine Lehre machen.

I: Und du traust dir das mit der Berufsschule auch zu? Weil das ja auch nicht ganz einfach ist wieder in den Schulalltag zu finden?

K: Ich weiß, ich weiß, das ist alles noch in den Sternen.

I: Gut, dann bedanke ich mich ganz herzlich bei dir, dass du bereit warst das Interview mit mir zu führen und wünsche dir alles Gute für deine Zukunft.

Ergänzend zu den Inhalten des Interviews konnten weitere Informationen aus der Zeit des Aufenthaltes der Klientin im Johanna-Kirchner-Haus anhand der Bewohnerdokumentation der Einrichtung erhoben werden. Da die Einrichtung über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001:2008 verfügt, lässt sich der Behandlungsverlauf lückenlos nachvollziehen. Für die Akteneinsicht erteilte Frau X. ihre Zustimmung.

Die folgende Darstellung spiegelt lediglich einen groben Überblick des Behandlungsverlaufs und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit:

Die Klientin wurde im Alter von 18 Jahren aus einer geschlossenen Abteilung eines psychiatrischen Krankenhauses ins Johanna-Kirchner-Haus verlegt. Aufgrund des richterlichen Unterbringungsbeschlusses war der Aufenthalt auf einer beschützenden Wohngruppe der Einrichtung erforderlich. In den ersten Wochen zeigte sich Frau X. angepasst und weitestgehend symptomfrei. Danach traten die

ersten selbstverletzenden Handlungen auf. Die Klienten fügte sich zunächst oberflächliche Schnittwunden zu, die im weiteren Behandlungsverlauf an Häufigkeit und Massivität deutlich zunahmen. Neben der intensiven und individuellen Betreuung durch die Mitarbeiter der Wohngruppe fanden regelmäßige Konsultationen bei einem Facharzt für Psychiatrie und Neurologie statt. In den ersten Monaten zeigte Frau X. ein durchgängig hohes Erregungsniveau. Aufgrund der langjährigen Psychiatrieaufenthalte wurden massiven Hospitalisierungstendenzen deutlich. Die Klientin war zunächst kaum in der Lage, ihre Zeit unabhängig vom Betreuungspersonal zu verbringen. Weiter wird von massiven Verlassensängsten und einer deutlichen Antriebslosigkeit in den Unterlagen berichtet. Eine kontinuierliche Einbindung im arbeitstherapeutischen Bereich der Einrichtung war zu dieser Zeit nicht möglich.

Während des sechsten und neunten Aufenthaltsmonats kam es zu einem massiven Anstieg der selbstgefährdenden Handlungen. Frau X. verletzte sich teilweise mehrmals in der Woche durch Vereisen der Haut mit Deospray, Schnittwunden und Schlagen der Extremitäten gegen harte Gegenstände. In enger Kooperation mit dem behandelten Hausarzt und dem nahegelegenen Allgemeinkrankenhaus wurde die Klientin regelmäßig somatisch behandelt. Während dieser akuten Krisenphase musste sie teilweise über mehrere Stunden am Tag von Mitarbeitern des Betreuungsteams im 1:1 Kontakt betreut werden. In Absprache mit dem behandelnden Psychiater, der gesetzlichen Betreuerin und einem Facharzt für Psychiatrie im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen, wurde letztendlich eine Klinikeinweisung als letzte Intervention eingeleitet. Frau X. erhielt jedoch die ausdrückliche Zusicherung, dass es sich hierbei nicht um eine Kündigung handle und sie ihren Betreuungsplatz in der Einrichtung behalte. Während des Klinikaufenthalts wurde regelmäßig Kontakt zur Klientin gehalten, um einem Beziehungsabbruch vorzubeugen.

Frau X. konnte die Klinik nach knapp 3 Wochen wieder verlassen. Danach stellte sich eine deutliche Reduktion des symptomatischen Verhaltens ein. Frau X. distanzierte sich zunehmend von offensichtlichen selbstverletzenden Handlungen,

obgleich es sporadisch immer wieder zu sogenannten "Unfällen" kam, die laut Aussage der Klientin in ihrer Tollpatschigkeit begründet lagen. Diese Verletzungen erreichten jedoch zu keiner Zeit jene massiven Dimensionen, die zu Beginn der Maßnahme auftraten. Darüber hinaus war eine deutliche Zunahme der Belastbarkeit zu verzeichnen. Frau X. konnte regelmäßig im arbeitstherapeutischen Bereich der Hauswirtschaft eingesetzt werden.

Neben den regelmäßig stattfindenden Einzelgesprächen durch die Mitarbeiter des Betreuungsdienstes nahm Frau X. während ihres Aufenthaltes regelmäßig an Einzelaktivitäten mit einer Ergotherapeutin teil. Darüber hinaus erklärte sie sich dazu bereit, an zwei Übungssitzungen im Abstand von einem Jahr teilzunehmen. Diese Sitzungen fanden im Rahmen der Ausbildung zum Systemischen Berater eines Mitarbeiters statt und wurden jeweils in mehreren Einzelgesprächen vor- und nachbereitet. Der inhaltliche Fokus lag in der ersten Sitzung auf der Steigerung des Selbstwertes durch die Herausarbeitung von Ressourcen. In der zweiten Sitzung wurde der Wunsch nach einer eigenen Wohnung thematisiert. Anhand einer Stuhlarbeit und der Verwendung von "Platzhaltern" für die Personen aus dem beruflichen und sozialen Umfeld der Klientin konnte ein realistischer Zeitpunkt für den gewünschten Auszug erarbeitet werden. In beiden Sitzungen zeigte sich die Klientin stressresistent und arbeitete konzentriert mit.

Frau X. konnte nach knapp zwei Jahren Verweildauer im Johanna-Kirchner-Haus in eine eigene Wohnung in Einrichtungsnähe entlassen werden. Die Beziehung, die sie während ihrer Zeit im JKH zu einem Mitbewohner eingegangen ist, besteht nach wie vor.

7.2 Auswertung des Interviews

Bei der Klientin handelt es sich um eine psychiatrieerfahrene junge Frau, die schon häufig zu ihrer Lebensgeschichte befragt wurde. Wie man schon zu Beginn des Interviews feststellen kann, hat sich die Klientin aufgrund ihrer Erfahrungen bereits gedanklich eine Geschichte zurechtgelegt, die sie bereit ist, zu erzählen. Dabei geht sie sehr detailliert vor, meist ungeachtet dessen, welche Fragen gestellt werden. Auffällig ist hierbei, dass ihr die Beantwortung bereits relativ einfacher Fragen Schwierigkeiten bereitet hat und sie mehrfach im Interview nachfragen musste, wie die jeweilige Frage gemeint war. Dies könnte ebenso auf eine leicht geminderte Intelligenz wie auf die Tatsache hin deuten, dass die Befragte im Lauf der letzten Jahre gelernt hat, mit angepassten und erwünschten Antworten auf therapeutische Fragen zu reagieren. Ebenfalls wird deutlich, dass Frau X. bestimmte Vorstellungen bzgl. der Inhalte des Interviews hatte, da sie beispielsweise auf die Frage nach Krankheiten der Eltern antwortete, dass der Vater zwar körperliche Probleme habe, sie aber davon ausgehe, dass es zu diesem Thema im Verlauf des Interviews noch detailliertere Fragen geben wird.

Die Klientin gibt bei Frage nach der Schwangerschaft ihrer Mutter an, dass diese während dieser Zeit unter extremen Stimmungsschwankungen gelitten habe und auch verbal aggressiv gegenüber ihrem Ehemann wurde. Eine Nachfrage, ob die Mutter auch außerhalb der Schwangerschaft unter Stimmungsschwankungen gelitten habe, konnte jedoch nicht gestellt werden, da seit einiger Zeit zwischen ihr und der Mutter ein angespanntes Verhältnis herrsche und sogar ein Beziehungsabbruch von Seiten der Mutter im Raum stehe. Dadurch fühle sich die Klientin erheblich gekränkt und verletzt. Deshalb wurde bereits im Vorfeld des Interviews mit der hauptamtlichen Betreuerin des JKH vereinbart, dass nähere Fragen zur Mutter ausgespart werden müssen, damit die Klientin sich zu einem Interview bereit erklärt. Daher können an dieser Stelle keine Angaben zur möglichen genetischen Veranlagung seitens der Mutter für impulsives Verhalten gemacht werden, was laut der Zwillingsstudie von *Torgersen et al.*, die im Jahr 2000 veröffentlicht wurde, als eine Bedingung für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen werden kann (nach *Bohus*, 2002, S.13). Auf die Nachfrage, ob es einen Drogenmissbrauch seitens der Eltern während der Schwangerschaft gab,

antwortete die Klientin empört, dass die Mutter während der Schwangerschaft geraucht habe und betonte dabei besonders, dass sie dies während der Schwangerschaft mit ihr getan habe, was darauf schließen lässt, dass sie dies während der beiden folgenden Schwangerschaften unterlassen habe. Dieser Umstand habe Frau X. ebenso gekränkt und verletzt.

Angesprochen auf die Position und Stellung von Frau X. im Gefüge der Herkunftsfamilie, gibt sie an, dass sie sich als Älteste der Geschwistern auch schon vor der Scheidung der Eltern, die laut *Bradley* (1979) ein typisches Merkmal in der Biographie von Borderline-Patienten ist (nach *Bateman & Fonagy*, 2008, S. 57), mit der ihr übertragenen Verantwortung überfordert gefühlt habe und sich mehr Zuwendung und Liebe seitens der Eltern gewünscht habe. Die erlebte mangelnde emotionale Zuwendung und der Umstand, dass es sich um eine weibliche Klientin handelt, können laut *Zanarini et al.* (1997) ebenfalls auslösende Faktoren für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sein (nach *Bohus*, 2002, S. 13). Zum Erziehungsverhalten der Eltern gibt die Klientin zwar an, dass es in Ordnung gewesen sei und ergänzt ihre Aussage, dass es ihrer Meinung nach eigentlich mehr am Umfeld liege, wie man sich entwickelt und nicht unbedingt an der Erziehung durch die Eltern. In diesem Punkt spricht Frau X. den Eltern die Verantwortung für ihre, aus subjektiver Sicht, gute Entwicklung vollständig ab. Zu ihren Großeltern gab und gibt es kein besonders inniges Verhältnis. Ihre Kindheit empfand die Klientin nicht angenehm und wirft ihren Eltern vor, nicht besonders viel Einsatz gezeigt zu haben, um ihr eine schöne Kindheit gewähren zu können. Im Kindergarten und in der Schule habe die Klientin dann die Anerkennung bekommen, die sie von ihren Eltern nicht erhielt, weshalb sie sehr gerne den Kindergarten und die Schule besucht habe, da sie dort viel Zeit mit ihren Freunden verbringen konnte. Frau X. beschreibt sich selbst als offenen Menschen und gibt an, jedem eine Chance zu geben, ohne im Vorfeld schlecht zu urteilen.

Die Klientin erzählt ungefragt von einem dramatischen Unfall im Kindergarten. Solche Unfälle ziehen sich durch ihre gesamte Lebensgeschichte, was sie mehrmals während des Interviews mit Stolz berichtet. Als die Klientin nach ihren Hobbies gefragt wird, zählt sie eine ganze Reihe sportlicher Aktivitäten auf und betont, wie erfolgreich sie Fußball gespielt habe und dass ihr Vater diesbezüglich sehr stolz auf sie gewesen sei. Allein über den Fußball, so entsteht der Eindruck, erhielt die Klientin die einzige Anerkennung seitens des Vaters, den sie nach der Schei-

derung der Eltern nur selten gesehen habe. Dieser Sport spielt bis heute eine besondere und wichtige Rolle im Leben der Klientin. Aufgrund der schwierigen Situation mit der Mutter habe sie nun ein besseres Verhältnis zu ihrem Vater, kann ihn sogar an Weihnachten besuchen. Hier wird deutlich, dass der Vater eine wichtige Rolle als Bezugsperson in ihrem Leben spielt, mit dem sie durchaus gute Kindheitserinnerungen verbindet.

Obgleich die Klientin angibt, sich gerne sportlich zu betätigen, besteht aufgrund ihrer derzeitigen körperlichen Konstitution die Vermutung, dass diese Äußerung eher als erwünschte Antwort zu werten ist. Aufgrund des massiven Übergewichts besteht weiter die Vermutung, dass die immer wieder auftretenden Unfälle zur Vermeidung von Anforderungen zu werten sind und damit als selbstverletzendes Verhalten gewertet werden könnten, was im Rahmen der Diagnose als ein typisches Merkmal der Borderline-Erkrankung zu sehen ist.

Ihre schulischen Leistungen beschreibt die Klientin als gut, sie habe extra schlechte Noten geschrieben, um auf der Hauptschule und bei ihren Freunden bleiben zu können, dies könnte sowohl ein Hinweis auf eine diagnostische Identitätsstörung im Rahmen des DSM IV sein (*Schwarzer, 2004*) als auch eine konstruierte Behauptung, um ihre mangelnden schulischen Leistungen zu rechtfertigen. Ab dem 14ten Lebensjahr folgten mehrere Aufenthalte in der Jugendpsychiatrie, woraufhin sie kaum noch den Unterricht besuchen und deshalb keinen qualifizierten Hauptschulabschluss erreichen konnte, so Frau X.

Da Frau X. durch die Trennung der Eltern viel Verantwortung übertragen bekommen habe und insbesondere für die jüngeren Geschwister übernehmen musste, erklärt sich ihr Interesse an der Arbeit mit Kindern, der Beruf der Kinderpflegerin sei ihr Wunschberuf. Zum Zeitpunkt des Interviews besucht die Klientin eine Tagesstätte, in der sie in verschiedenen Bereichen tätig ist. Auf die Frage, ob es Kinderkrankheiten gab, bringt die Klientin wieder ihre zahlreichen Unfälle als Beispiel und bestätigt, dass sie auch heute noch häufig Unfälle hat, bei denen sie Verletzungen davon trägt. Da die Klientin sich nicht mehr offenkundig selbstverletzt, besteht die Vermutung, dass sie diese selbstverschuldet, um so das Bild aufrecht zu erhalten, dass sie sich dauerhaft von selbstschädigendem Verhalten distanzieren kann. Als Beispiel einer selbst zugefügten Wunde in der Vergangenheit gibt sie

an, dass sie sich einmal so tief ins Bein geschnitten habe, dass dabei sogar eine Sehne durchtrennt wurde.

Die Frage nach einem möglichen Drogenkonsum verneint Frau X., fragt dann jedoch noch einmal nach, was damit gemeint ist und gibt zu, schon einmal „gekiff“ zu haben. In solchen Situationen bröckelt die kompetente Fassade der Klientin. Dabei wird deutlich, dass aufgrund der, bereits in der frühen Jugend stattgefundenen, Einweisungen in die Psychiatrie eine mögliche Entwicklungsverzögerung zugeschrieben werden kann, die bis heute nicht vollständig aufgeholt wurde. Die erste Klinikeinweisung der Klientin fand im Alter von 14 Jahren statt. Hier bestätigt sich, dass sich die BPS bei den meisten Betroffenen bereits in der Kindheit oder der Adoleszenz manifestiert (vgl. *Bohus & Wolf*, 2011, S. 348). Die Klientin hat sich zum Zeitpunkt der Klinikeinweisung zunächst nur leichte Selbstverletzungen zugefügt, in dem sie sich laut eigener Aussage „geritzt“ habe, was laut der Definition des ICD-10 der Borderline-Persönlichkeitsstörung typisch für diese Erkrankung ist. Die Klinikeinweisung hat auf anraten einer Mitarbeiterin des Vereines „Wildwasser“ stattgefunden, bei dem sich die Klientin laut eigener Aussage zu diesem Zeitpunkt in Beratung befunden habe. Auf Nachfrage äußert die Klientin, dass sie bei „Wildwasser“ gewesen sei, weil sie im Alter von 14 Jahren misshandelt worden sei. Sie bringt jedoch die selbstverletzenden Handlungen nicht mit dem Missbrauch in Verbindung. Die Klientin hält sich bei diesem Thema sehr bedeckt und antwortet auf Nachfragen nur sehr ungern und möglichst kurz. Der Missbrauch ist ein weiterer Belastungsfaktor, der häufig in der Lebensgeschichte von Patienten mit einer BPS zu finden ist (vgl. *Bohus & Wolf*, 2011, S. 350).

Nach eigener Aussage litt Frau X. zur Zeit des ersten Klinikaufenthalts unter Angstzuständen, die wiederum häufig als komorbide Störung der Borderline-Erkrankung in Erscheinung treten (vgl. *Bohus*, 2002, S.11). Nach einjährigem Klinikaufenthalt wurde die Klientin für kurze Zeit nach Hause entlassen, obgleich sich während des Aufenthalts eher eine Verschlimmerung der Symptome eingestellt habe. Kurz darauf sei ein weiterer Klinikaufenthalt in einem anderen psychiatrischen Krankenhaus für die Dauer von vier Jahren gefolgt. Diese Zeit empfand die Klientin als besonders schlimm, da ihre Mitpatienten erheblich älter waren und es in dieser Zeit zu einer Vielzahl von Verlegungen und Rückschlägen in der Klinik

kam. Dennoch betont die Klientin, wie beliebt sie in der Klinik gewesen sei und dass sie auch dort gute Kontakte gefunden habe. Angesprochen auf die Diagnose, die der Klientin gestellt wurde, antwortet sie nur zögerlich und gibt an, dass sie in den Kliniken darüber niemals informiert oder aufgeklärt worden sei. Hier fällt auf, dass sich die Klientin nur zweitrangig mit dem Begriff der BPS in Verbindung bringt. Sie sieht die "posttraumatische Belastungsstörung" als zentrale Ursache ihrer Problematik, bringt ihre Erkrankung jedoch nicht eindeutig mit der Misshandlung oder der von ihr wahrgenommenen Vernachlässigung durch die Eltern oder deren Scheidung in Verbindung. Bei der Frage nach den Therapieangeboten in der Klinik gibt sie an, an vielen verschiedenen mit unterschiedlicher Begeisterung und Frequenz teilgenommen zu haben. Auch hier stellt sie sich erneut als kompetente und aktive Persönlichkeit dar. Sie gibt an, an einem „Dissoziationstraining“ in der Klinik teilgenommen zu haben, da sie ebenfalls unter dissoziativen Zuständen gelitten habe. Diese Zustände sind ein weiteres diagnostisches Merkmal der BPS, bei dem die Klienten unter einer „Störung der normalen Integration von Bewusstsein, Gedächtnis und Identität oder Wahrnehmung der Umwelt“ (Bohus, 2002, S. 15) leiden. Diese Zustände bringt die Klientin ebenfalls nicht explizit mit ihrer Erkrankung in Verbindung.

Eine Psychotherapie habe die Klientin in der Klinik abgebrochen, da sie diese als so schlimm empfunden habe und eine Verlegung auf eine geschlossene Abteilung notwendig wurde. Eine therapeutische Aufarbeitung ihrer Erlebnisse und Erkrankung hat demnach in der Klinik nicht stattfinden können. Auf die Frage, wie sich die Klientin selbst verletzt habe, gibt sie an, dass sie „so ziemlich alles“ gemacht habe. Dabei distanziert sie sich jedoch sehr schnell und entschieden von diesem Verhalten und gibt an, dass dies der Vergangenheit angehöre.

Nach dem vierjährigen Klinikaufenthalt sei es dann zu der Entlassung in das JKH gekommen. Dort musste die Klientin zunächst auf der geschlossenen Gruppe, aufgrund eines richterlichen Unterbringungsbeschlusses, geführt werden. Dieser wurde dann im Zuge einer Verlegung in den offenen Teil der Einrichtung aufgehoben. Während des Aufenthalts im JKH sei es vor fünf Jahren zu ihrem letzten Klinikaufenthalt gekommen, der laut der Klientin auch der Wendepunkt in ihrer „Selbstverletzungskarriere“ gewesen sei. Die Klinikeinweisung sei wegen eines

Konfliktes in ihrer Beziehung mit einem Mitpatienten notwendig gewesen. Dieser Aufenthalt habe einen Wendepunkt für sie dargestellt, da sie ihn in der Klinik so vermisst und beschlossen habe, sich nie mehr selbst zu verletzen. Damit sei sie nun seit vier Jahren selbstverletzungsfrei. Auch hier hebt die Klientin ihre Leistung positiv hervor und betont, niemanden zu kennen, dem dies gelungen sei.

Die Beziehung zu ihrem Freund halte nun schon seit sechs Jahren und sei auch ernst gemeint. Die Klientin lebte zwei Jahre in der Übergangseinrichtung und zog dann in ihre eigene Wohnung. Dort wird sie von einer Mitarbeiterin des Einrichtungsverbundenen Wohnens des JKH betreut. Die Frage, ob sich die Klientin zum jetzigen Zeitpunkt eine Psychotherapie vorstellen könne, verneint sie, da sie befürchte, dass es ihr dann wieder so schlecht gehen und es zu einer erneuten Klinikeinweisung kommen könne. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die Klientin ihre traumatischen Erfahrungen längst nicht verarbeitet hat. Ob eine Aufarbeitung die befürchteten Konsequenzen nach sich ziehen würde, kann an dieser Stelle nicht eindeutig beantwortet werden. Über die grundsätzliche psychische Stabilität der Klientin kann ebenfalls nur gemutmaßt werden. Obgleich sich Frau X. wiederholt als eigenständige und kompetente, gesunde Person beschreibt und präsentiert, entstand während des Interviews immer wieder der Eindruck, dass es sich in einigen Fällen um pseudokompetentes Verhalten handelt.

Ihre Zukunft kann die Klientin augenscheinlich realistisch einschätzen. Sie würde sich zwar eine berufliche Zukunft im Bereich der Arbeit mit Kindern wünschen, ist sich aber bewusst, dass dies aufgrund ihrer Erkrankung nicht in Frage komme. Sie sei jedoch offen und bereit, sich auch in anderen Bereichen auszuprobieren und schließt eine berufliche Zukunft in der Altenpflege nicht aus. Auch die Beziehung zu ihrem Partner schätzt die Klientin realistisch ein und ist mit den jetzigen Bedingungen, die durch das JKH vorgegeben werden, zufrieden. Sie wünscht sich, irgendwann mit ihrem Freund zusammen zu ziehen und eine Familie zu gründen, in der sie dann vielleicht auch das nachholen könne, was ihr in ihrer eigenen Familie gefehlt habe.

8. Diskussion der Ergebnisse

In der folgenden Diskussion werden die Ergebnisse aus dem qualitativen Interview in Bezug zur stationären Behandlung in einer, nicht speziell auf die DBT ausgerichteten, Übergangseinrichtung für psychisch beeinträchtigte Menschen hinsichtlich der Fragestellungen zusammenhängend interpretiert und erörtert. Dabei werden sowohl objektive bzw. institutionszentrierte Indikatoren zur Beurteilung der Wirksamkeit und Wirkung der DBT berücksichtigt als auch subjektive bzw. personenzentrierte Indikatoren, in diesem Fall die Einschätzung und Beurteilung bzgl. des Gesundheitszustands und der subjektiven Lebenszufriedenheit der Klientin, als Effektivitätskriterien herangezogen. Ausgangspunkt der Diskussion bildet das qualitative Interview mit der Klientin des Johanna-Kirchner-Hauses.

Die ersten Anzeichen einer BPS treten nach Angaben der Literatur in aller Regel bereits im jungen Erwachsenenalter erstmals in Erscheinung. Dies kann durch die Erstmanifestation der Symptome bei der Klientin im Alter von 14 Jahren bestätigt werden. Häufig sind diese Symptome Folgen traumatischer Erfahrungen. Die Lebensgeschichte von Frau X. weist aus dieser Zeit zwei einschneidende Erlebnisse auf. Hierbei handelt es sich um die Trennung der Eltern und die Missbrauchserfahrung in frühesten Jugend.

Die Klientin berichtet über permanente Verlassensängste, die aller Wahrscheinlichkeit nach ursächlich mit der Trennung der Eltern in Verbindung stehen und ebenfalls ein typisches Merkmal der BPS sind. Trotz der relativen psychischen Stabilität, die sich in den letzten Jahren eingestellt hat, zeigt sich diese Angst sowohl in der immanenten Furcht vor einem Beziehungsabbruch durch die leibliche Mutter und als auch in dem dauerhaften und teilweise übertriebenen Bemühen der Klientin, die Beziehung zu ihrem Freund unter allen Umständen aufrecht zu erhalten. Letzteres deckt sich mit den literarischen Angaben bezüglich eines chronischen Gefühls der inneren Leere, welches ebenfalls typisch im Rahmen der Diagnose ist. Die häufig auftretende Neigung zu instabilen und gleichzeitig intensiven Beziehungen bestätigt sich mit den Angaben der Klientin zu ihren früheren Beziehungen, die sie während der Klinikaufenthalte hatte.

Letztlich weisen jedoch die massiven und mannigfaltigen Selbstverletzungen, die sich die Klientin bisher in ihrem Leben zugefügt hat, am deutlichsten auf eine schwere BPS hin. Anhand der Aussagen der Klientin und den erhobenen anamnestischen Daten aus der Vorgeschichte muss hier ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass sich die Intensität der selbstverletzenden Handlungen und die, im Rahmen des Störungsbildes typischen, Eskalationen auf derartig hohem Niveau bewegten, dass eine Behandlung in speziellen Einrichtungen für Borderline-Patienten nicht realisierbar war. Weiterhin konnte Frau X. trotz ihres jungen Alters nur kurze Zeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden und verbrachte deshalb bis zur Erreichung des 18ten Lebensjahres die Zeit in verschiedenen Abteilungen eines allgemeinspsychiatrischen Krankenhauses. Während dieser Aufenthalte nahm sie an „Dissoziationsgruppen“ teil. Diese Störung der integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder der Wahrnehmung der Umwelt sind ebenfalls typische Merkmale für diese Form der Persönlichkeitsstörung.

Die Inhalte des Interviews lassen auf eine gravierende Störung des Selbstbildes schließen. Betrachtet man die Angaben der Klientin zur Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, körperliche Konstitution und soziale Anerkennung sowie die Verschleierung der aktuellen Selbstverletzungen, kann diese Wahrnehmung einem Realitätsabgleich nur in sehr geringem Maße standhalten. Obgleich die Klientin häufig auf ihre Erfolge und Eigenverantwortung hinweist, zeigt sie sich in ihrem Verhalten regelmäßig „passiv Aktiv“, indem sie sich bei einfachen und bewältigbaren Aufgaben des Alltags von ihrer hauptamtlichen Betreuerin oder ihren Freunden helfen lässt. Auch dies beschreibt *Bohus* als typischen Problembe- reich der psychosozialen Integration bei Borderline-Patienten. Des Weiteren tritt die Persönlichkeitsstörung häufig in Verbindung mit anderen Krankheitsbildern komorbid auf, was im Fall von Frau X. durch die diagnostizierte Posttraumatische Belastungsstörung gegeben ist.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die grundlegenden, für die Borderline-Persönlichkeitsstörung relevanten, Symptome bei der befragten Klientin eindeutige nachzuweisen sind und somit an der Richtigkeit der Diagnose kein Zweifel besteht. Damit kann die erste Fragestellung eindeutig bejaht werden.

Ogleich es sich bei der DBT um eine Therapiemethode handelt, deren Einsatzfeld konzeptionell im ambulanten Setting verortet ist, müssen viele der Klienten mit einer BPS mangels ausreichender Angebote in der aktuellen Versorgungsstruktur nach wie vor in stationären Einrichtungen behandelt werden. Wie im Punkt 2.3 beschrieben, handelt es sich beim Johanna-Kirchner-Haus um eine Übergangseinrichtung, die sich zwar nicht ausschließlich auf die Behandlung von persönlichkeitsgestörten Menschen spezialisiert, dennoch seit Eröffnung im Jahre 2001 gute Erfolge bei der Behandlung der BPS aufweisen kann. Insbesondere in den letzten Jahren finden sich vermehrt junge Frauen mit Diagnosen aus dem Formenkreis der F60.3 Diagnosen (ICD-10) und darunter speziell die des Borderline-Typs wieder.

Wie bereits beschrieben, lässt sich Frau X. eindeutig dem Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung zuordnen. Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung werden im Folgenden die Inhalte der DBT mit der konzeptionellen Ausrichtung des Johanna-Kirchner-Hauses verglichen und mithilfe der gesammelten Erkenntnisse aus dem Interview und den Angaben zum Maßnahmenverlauf auf Effektivität und Nachhaltigkeit geprüft.

Die essentielle Bedeutung der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient wurde bereits im Punkt 4.2 dargestellt. Hier liegt der Fokus unter anderem auf der Balance zwischen defizit- und ressourcenorientiertem Arbeiten und einer hohen Verlässlichkeit und Kongruenz seitens des Therapeuten. Diese Grundhaltung und das daraus ableitbare therapeutische Vorgehen lassen sich durch die Angaben zur konzeptionellen Ausrichtung und zum Maßnahmenverlauf im JKH eindeutig nachweisen. Die regelmäßigen Gespräche zwischen den Mitarbeitern des Betreuungsteams und dem Klienten können den Einzeltherapiesitzungen der DBT gleichgesetzt werden, wenngleich audiovisuelle Aufzeichnung im Gruppenalltag nicht zu realisieren sind. Insbesondere die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung zwischen der Klientin und dem behandelnden Mitarbeiterteam scheinen entscheidend für den Erfolg der Maßnahme gewesen zu sein. Trotz der massiven Selbstverletzungen und Eskalationen über mehrere Monate hinweg war eine kontinuierliche Betreuung in der Einrichtung möglich, ohne dass diese durch einen Klinikaufenthalt unterbrochen werden

musste. Zum Zeitpunkt der ersten Klinikeinweisung stellte diese keinen Beziehungsabbruch mehr für die Klientin dar und führte daher zu keiner weiteren traumatisierenden Erfahrung.

Die Behandlungsphase einschließlich ihrer Unterkategorien spiegelt sich bis auf wenige Ausnahmen ebenfalls in der täglichen Arbeit des Betreuungsteams wider und lässt sich anhand der Bewohnerdokumentation des Qualitätsmanagements belegen. Im Rahmen des Gesamtplanverfahrens des Bezirks Unterfranken finden zum Maßnahmenbeginn und anschließend im Jahresrhythmus Zielvereinbarungs- und Entwicklungsgespräche mit den Klienten statt, die sowohl eine Auswertung des vergangenen Förderzeitraums, die Überprüfung und Weiterentwicklung von kurz-, mittel- und langfristigen Zielen als auch die Festschreibung von Maßnahmen zur Zielerreichung unter Berücksichtigung der Ressourcen vorsehen. Die Vermittlung von psychoedukativen Inhalten ist ebenfalls ein fester Bestandteil des individuellen Hilfeplanungs- und Durchführungskonzepts der Einrichtung. Darüber hinaus werden individuelle Vereinbarungen mit dem Klienten getroffen und in der Bewohnerdokumentation fixiert. Die Hierarchisierung der Behandlungsziele ist ebenfalls Teil der Hilfeplanung, bestimmt sich aber letztendlich durch das aktuelle symptomatische Verhalten der Klienten selbst. Grundsätzlich gilt auch hier, dass die Bearbeitung und Reduktion von suizidalen und parasuizidalen Handlungen Vorrang vor allen anderen Zielen hat.

Eine grundlegende Abweichung vom DBT-Konzept findet sich in der Bearbeitung und Aufarbeitung von traumatischen Erfahrungen, die im Johanna-Kirchner-Haus nur in sehr begrenztem Umfang erfolgt. Aufgrund des meist stark ausgeprägten Störungsbildes der Klienten und der teils massiven Traumatisierungen hat sich gezeigt, dass bereits sanfte Interventionen in diese Richtung retraumatisierende Effekte auslösen, die dissoziative Zustände und in den meisten Fällen zur psychischen Dekompensation führen und letztlich einen Klinikaufenthalt zur Folge haben.

Die verschiedenen Techniken und Methoden der DBT, wie zum Beispiel der Einsatz von dialektischen Strategien, Validierung, Kontingenzmanagement und verstärkende Bedingungen sind ebenfalls feste Bestandteile des methodischen Vor-

gehens der Systemtheorie und der Verhaltenstherapie. Aufgrund des multiprofessionellen Teams und der regelmäßigen Fortbildung der Mitarbeiter, insbesondere im Bereich der systemischen Beratung, finden daher diese Methoden ihre Anwendung in der täglichen Arbeit mit den Klienten. Ebenso verhält es sich mit der Steigerung der Selbstachtung der Betroffenen. Die ressourcenorientierte Arbeit mit dem Klientel stellt einen zentralen Inhalt des konzeptionellen Gedankens des Johanna-Kirchner-Hauses dar. Aufgrund der teils erheblichen Beeinträchtigungen der Betroffenen bedarf es einer kontinuierlichen und motivierenden Arbeit, die nur durch den Einsatz einer wertschätzenden und fördernden Haltung die Behandlungscompliance aufrechterhalten und letztendlich Veränderungen bewirken kann.

Die Vermittlung der Inhalte des Moduls Fertigkeitentraining erfolgt im JKH durch vielfältige Art und Weise. Insbesondere Klienten mit der Diagnose einer BPS haben in der Vergangenheit bereits Erfahrungen im Bereich des Skilltrainings gemacht. Durch gezielte Gespräche kann dieses Wissen reaktiviert und auf deren Alltagsrelevanz geprüft werden. Bei Bedarf werden die bereits bekannten Methoden zur Effektregulation erweitert oder angepasst. Der Einsatz von Entspannungsverfahren hat bislang jedoch nur bei einer geringen Anzahl der Betroffenen relevante Effekte gezeigt bzw. scheiterte bereits in der Übungsphase. Dies mag ursächlich in der Schwere der Erkrankungen der meisten Klienten begründet liegen, die erhebliche Einschränkungen in der Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit aufweisen. Insbesondere Klientinnen mit der Diagnose einer BPS gaben an, sich unwohl zu fühlen und könnten das Gefühl der Ruhe nicht aushalten. Das Auftreten von Flashbacks in diesem Zusammenhang wurde mehrfach beobachtet.

Die Voraussetzung einer permanenten Erreichbarkeit, die in der ambulanten DBT durch die Installation einer Rufbereitschaft ihre Umsetzung findet, ist im stationären Setting durch die Anwesenheit der Mitarbeiter gesichert. Insbesondere auf den beschützenden Wohngruppen der Einrichtung kann eine 24-Stunden-Betreuung durch den Einsatz von Nachtwachen zu jeder Zeit gewährleistet werden.

In den regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen und pädagogischen Teams werden die Entwicklungsschritte der Klienten analysiert, ausgewertet und neue

Strategien entwickelt. Die inhaltliche Vorgehensweise deckt sich größtenteils mit den Angaben der Supervisionsregeln nach *Bohus*. Darüber hinaus werden die mehrmals täglichen Übergaben der jeweiligen Schichten dazu genutzt, sowohl tagesaktuelle Vorkommnisse als auch grundlegende therapeutische Fragen und Zielrichtungen der Behandlung der einzelnen Klienten zu besprechen.

Vergleicht man die Behandlungsziele im stationären und teilstationären Bereich nach *Bohus* mit dem durchschnittlichen Maßnahmenverlauf im Johanna-Kirchner-Haus, so lässt sich feststellen, dass diese nahezu deckungsgleich sind. Deutliche Abweichungen sind jedoch im zeitlichen Ablauf und der Dauer der einzelnen Phasen zu erkennen. In Abhängigkeit der grundsätzlichen Ausprägung des Krankheitsbildes, der aktuellen Eskalationsstufe und Behandlungscompliance variiert der Maßnahmenverlauf und Einsatz der Interventionen teils erheblich. Diese Auffälligkeit rechtfertigt eine kritische Hinterfragung des relativ starren Konzepts der DBT.

Belegt durch die vorangegangenen Ausführungen, zeigt sich die therapeutische Vorgehensweise der Behandlung im JKH mit den grundsätzlichen Inhalten der Dialektisch-Behavioralen Therapie deckungsgleich. Die positive Entwicklung der befragten Klientin innerhalb der letzten Jahre lässt sich eindeutig durch den Maßnahmenverlauf und die Inhalte des Interviews belegen. Daher besteht an der Effektivität und Nachhaltigkeit des Behandlungskonzeptes des Johanna-Kirchner-Hauses und letztlich den Inhalten der DBT kein Zweifel und kann die zweite Fragestellung positiv beantworten, insbesondere unter dem Aspekt, dass die Prognose seitens der behandelnden Ärzte bei Verlegung von Frau X. ins JKH sehr negativ ausfiel, wie der Aktenlage zu entnehmen war. Hier wurde langfristige von einem Aufenthalt in einem Langzeitwohnheim ausgegangen und eine selbständige und eigenverantwortliche Lebensführung im Rahmen des betreuten Wohnens schien zu dieser Zeit völlig ausgeschlossen. Die derzeitige konzeptionelle Ausrichtung der ambulanten und letztlich auch stationären DBT scheint daher bei Betroffenen mit einem Störungsbild jener Intensität, die bei der befragten Klientin vorliegt, offensichtlich an ihre Grenzen zu stoßen.

Ogleich die DBT zum jetzigen Zeitpunkt bereits ein stationäres Behandlungskonzept vorhält, fokussiert sie jedoch nach wie vor die ambulante Behandlung. Auf-

grund der stetigen aktuellen Veränderung in der Klientenstruktur im psychiatrischen Bereich, die einen deutlichen Zuwachs junger Frauen mit einer Persönlichkeitsstörung verzeichnet, erscheint daher eine Weiterentwicklung des konzeptionellen Gedankens der DBT außerordentlich wichtig. Insbesondere die Behandlung schwer traumatisierter junger Frauen mit einer massiven Ausprägung des Störungsbildes einer instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ im stationären Setting verdient daher besondere Aufmerksamkeit. Im Rahmen der Auswertung des Maßnahmenverlaufs der befragten Klientin kommt man zwangsläufig zu dem Schluss, dass zwar die angewandten Inhalte der DBT eine entscheidende Rolle bei der Stabilisierung gespielt haben, deren flexible Anwendung, ausgerichtet auf die aktuellen Bedürfnisse der Klientin, jedoch letztendlich erst zum dauerhaften Erfolg der Maßnahme geführt haben.

9. Bedeutung für die Soziale Arbeit

Laut *Bartmann* (2008/09) handelt es sich im Bereich der klinischen Sozialarbeit mit über 40% aller Stellen um das Arbeitsfeld, mit den meisten Arbeitsstellen für Sozialpädagogen. Neben den klassischen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte und Psychologen) machen Sozialpädagogen die größte Berufsgruppe der psychiatrisch Tätigen aus und nehmen somit eine zentrale Stellung in der Versorgung von psychisch- und suchtkranken Menschen ein. So gibt es heute, bedingt durch die stetige Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung, im stationären, teilstationären und ambulant-komplementären Bereich des gemeindepsychiatrischen Verbundes vielfältige Entfaltungs- und Wirkungsbereiche für Sozialpädagogen.

Professionelles Helfen und Unterstützen bei der Bewältigung sozialer Problemlagen ist jedoch mehr als eine intuitive Laienhilfe, die aus einer altruistischen Gesinnung heraus entsteht. Vielmehr versucht es auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse professionell dort einzugreifen, wo Menschen und ihre Umwelt aufeinander treffen und beinhaltet die Fähigkeit zur reflexiven Betrachtung der eigenen Handlungsweisen.

Die Optimierung der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kann als neue Herausforderung angesehen werden. Wie bereits beschrieben, präsentiert sich die ambulante Versorgung der Klienten im Bereich DBT noch unzureichend, weiter erhalten zahlreiche Betroffene aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht die erforderliche Hilfe, da es an geeigneten stationären Einrichtungen mangelt. Um diese Versorgungslücken schließen zu können, bedarf es zunächst weiterer Erkenntnisse über die Effektivität der verschiedenen Therapieformen, in Abhängigkeit des Behandlungssettings und der verschiedenen Ausprägungen der Erkrankung. Obgleich die DBT längst nicht mehr um ihre Anerkennung in Fachkreisen kämpfen muss, erscheint die Durchführung von weiteren Studienreihen in jedem Fall als sinnvoll. Neue Erkenntnisse tragen somit nicht nur zur Erweiterung des bestehenden Wissens bei, sondern können auch zu einer weiteren Verbreitung der Dialektisch-Behavioralen Therapie genutzt werden.

Darüber hinaus bedarf es Engagement, Kreativität und Ausdauer bei der Veränderung der bestehenden sozialpsychiatrischen Strukturen. Die Entwicklung neuer Ansätze, deren Umsetzung in der Praxis sowie die Veröffentlichung in Fachkreisen und Einflussnahme auf politischer Ebene sind nur einige von vielen Möglichkeiten, sich im Berufsfeld des Sozialpädagogen verwirklichen und Veränderungen bewirken zu können.

Um diesen Herausforderungen gewachsen zu sein, sollten Studenten der Sozialen Arbeit bereits während ihres Studiums die Möglichkeit erhalten, Einblick in (relativ) neue Therapieformen wie zum Beispiel der DBT zu erhalten, um für die spätere berufliche Tätigkeit zu einer kritischen Auseinandersetzung mit der Vielzahl an Therapierichtung befähigt zu sein. Selbstverständlich sollten berufserfahrene Sozialpädagogen ebenfalls dazu bereit sein, sich, gegenüber neuen Therapieansätzen, offen zu zeigen und neue professionelle Wege kritisch beschreiten, um auch weiterhin eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch kranken Menschen in Deutschland leisten zu können.

10. Zusammenfassung

In dieser Bachelorarbeit wird das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung umfassend beleuchtet. Der Fokus liegt hierbei auf betroffene weibliche Personen. Zu diesem Zweck wurde ein qualitatives Interview mit einer Klientin des Johanna-Kirchner-Hauses, einer Übergangseinrichtung für psychisch beeinträchtigte Menschen der Arbeiterwohlfahrt, mit dem Anliegen, das Krankheitsbild aus der subjektiven Sicht einer betroffenen Person darzustellen, durchgeführt.

Auf die ausführliche Beschreibung der, speziell für die Borderline-Erkrankung entwickelten, Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha M. Linehan anhand der aktuellen Literatur, wurde großen Wert gelegt.

Die theoretischen Inhalte des Therapiekonzepts der DBT wurden mit dem Maßnahmenverlauf in der genannten Einrichtung verglichen und auf ihre Effektivität und Nachhaltigkeit hin überprüft. Anhand der Lebensgeschichte der befragten Klientin konnte verdeutlicht werden, dass die Behandlung in einer stationären Einrichtung, deren Konzept sich nicht expliziert mit der DBT identifiziert, entscheidend zur Stilisierung der befragten Klientin beigetragen und dieser die Möglichkeit gegeben hat, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Es wurde ebenfalls großen Wert darauf gelegt, die Wichtigkeit der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstruktur in Deutschland zu verdeutlichen. Insbesondere die stetige Veränderung der Klientenstruktur in der psychiatrischen Versorgung forderte hierbei eine hohe Flexibilität und die innovative Weiterentwicklung bestehender konzeptioneller Gedanken, hin zu einer individuellen und bedarfsorientierten Behandlung psychisch kranker Menschen.

Literaturverzeichnis:**Bartmann, Ulrich (2007)**

Verhaltensmodifikation als Methode der Sozialen Arbeit, Ein Leitfaden, 2.Auflage
dgvt-Verlag, Tübingen

Bateman, Anthony-W., Fonagy, Peter (2008)

Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung
Psychosozial-Verlag, Gießen

Bohus, Martin (2002)

Borderline-Störung
Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Bohus, Martin, Wolf, Martina (2011)

Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten
Schattauer GmbH, Stuttgart

Rohde-Dachser; Christa (2004)

Das Borderline-Syndrom
.Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2010)

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V(F); klinisch
diagnostische Leitlinien/WHO, 7. Auflage
Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Friedrichs, Jürgen (1990)

Methoden empirischer Sozialforschung, 14. Auflage
Westdeutscher Verlag, Opladen

Jungnitsch, Georg (2009)

Klinische Psychologie, 2. Auflage
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Knuf, Andreas (Hrsg.) (2002)

Leben auf der Grenze, Erfahrungen mit Borderline
Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn

Lamnek, Siegfried (2005)

Qualitative Sozialforschung, 4. Auflage
Beltz Verlag, Weinheim, Basel

Linehan, Marsha M. (2006)

Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung
CIP-Medien, München

Linehan, Marsha-M. (1996)

Trainingsmanual zur Dialektisch-Behaviorale Therapie
der Borderline-Persönlichkeitsstörung
CIP-Medien, München

Rahn, Ewald (2011)

Basiswissen: Umgang mit Borderline-Patienten, 2. Auflage
Psychiatrie Verlag gGmbH, Bonn

Rahn, Ewald (2008)

Borderline verstehen und bewältigen, 2. Auflage
BALACE buch + medien verlag GmbH & Co.KG, Bonn

Sachse, Rainer (2009)

Persönlichkeitsstörungen verstehen, 5. Auflage
Psychiatrie-Verlag gGmbH, Bonn

Schermer, Franz-J. (2005)

Grundlagen der Psychologie, 2. Auflage
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

**Schermer, Franz-J., Weber, Angelika, Drinkmann, Arno
& Jungnitsch, Georg (2005)**

Methoden der Verhaltensänderung: Basisstrategien
Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.) (2004)

Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik,
5. Auflage
Löer Druck GmbH, Dortmund

Stascheit, Ulrich (2008)

Gesetze für Sozialberufe, 16. Auflage
Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Sonstiges:**Amthor, Ralph-Christian (2011)**

Foliensammlung zur Vorlesung „Theorien der Sozialen Arbeit“ Teil 1 Einheit 2 Fo-
lien 8-13 im Studiengang „Soziale Arbeit“ an Hochschule für angewandte Wissen-
schaften Würzburg-Schweinfurt im Sommersemester 2011

Bartmann, Ulrich (2008/09)

Foliensammlung zur Vorlesung „Grundlagen methodischen Handelns in der Sozia-
len Arbeit“ im Studiengang „Soziale Arbeit“ an der Hochschule für angewandte
Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt im Wintersemester 2008/09

Behnke, Cornelia (2009)

Foliensammlung zur Vorlesung „Methoden empirischer Sozialforschung“ im Studi-
engang „Soziale Arbeit“ an der Hochschule für angewandte Wissenschaften
Würzburg-Schweinfurt im Sommersemester 2009

BundesPsychotherapeutenKammer (2010)

Psychische Krankheiten

<http://www.bptk.de/presse/zahlen-fakten.html> (08.07.2012)**Carey, Benedict (2011)**

HARTFORD — Are you one of us?

<http://www.nytimes.com/2011/06/23/health/23lives.html?pagewanted> (15.08.2012)**Dubrow, Christin (2007)**

Selbstverletzendes Verhalten Ursachen, Erscheinungsformen und Hilfsmöglichkeiten aus der subjektiven Sicht Betroffener

<http://www.zks-verlag.de/selbstverletzendes-verhalten-ursachen-erscheinungsformen-und-hilfsmoeglichkeiten-aus-der-subjektiven-sicht-betroffener/> (05.09.2012)**Dyer, Anne, Priebe, Kathlen, Steil, Regina, Krüger, Antje & Bohus, Martin (2. Heft, 2009)**

Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung mit schweren Störungen der Emotionsregulation

Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (VPP)

Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

dgvt-Verlag, Tübingen

Gensichen, Jochen et al. (2011)

Gesundheitswesen, Krankheitskosten von Depressionen - nicht nur die Patienten leiden!

<https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0031-1283641> (01.07.2012)**Höschel, Klaus, Pflügler, Stephanie, Bohus, Martin (2009)**

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung und ihre Behandlung

Praxis im Dialog, Praxisinstitut für systemische Beratung

Johanna-Kirchner-Haus, Marktbreit (2007)

Konzeption

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bezirk Unterfranken e.V.

Kuhn, Philip (2010)

Immer mehr Jugendliche werden psychisch krank

<http://www.welt.de/politik/deutschland/article5841916/Immer-mehr-Jugendliche-werden-psychisch-krank.html> (07.07.2012)**Linehan, Marsha M. (2011)**

CURRICULUM VITAE

<http://faculty.washington.edu/linehan/> (15.08.2012)**Lutz, Roland (2008)**

Perspektiven der Sozialen Arbeit

<http://www.bpb.de/apuz/31335/perspektiven-der-sozialen-arbeit> (12.07.2012)

Meiners, Frank (2010)

Psychische Krankheiten steigen bei Jüngeren überdurchschnittlich stark an
<http://www.presse.dak.de/ps.nsf/sbl/C997E45F39CDC49AC1257759004A40EA>
(01.07.2012)

Möhlenkamp, Gerd (2006)

Kommunaler Psychiatrieplan
http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/5_nb_moe_psychiatrieplan_2005.pdf (07.07.2012)

Osterloh, Falk (2011)

Psychische Erkrankungen: „Wir müssen flexibler werden“
<http://www.aerzteblatt.de/archiv/97651/Psychische-Erkrankungen-Wir-muessen-flexibler-werden> (08.07.2012)

Robert-Koch-Institut (2012)

Prävalenz von Depressionen in Deutschland nach Geschlecht, Alter und sozialem Status im Jahr 2012
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/233487/umfrage/praevalenz-von-depressionen-nach-geschlecht-alter-und-sozialem-status/n> (01.07.2012)

Schuster, Jasmin & Ziermann, Stefanie (2009)

Evaluation des Johanna-Kirchner-Hauses eine Übergangseinrichtung für psychisch beeinträchtigte Menschen
Diplomarbeit an der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt,
Fachbereich Sozialwesen - Pflegemanagement

Stiglmayr, Christian (2. Heft, 2009)

Borderline-Persönlichkeitsstörung: Grundlagen und neue Entwicklungen kognitiver Verhaltenstherapie
Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (VPP)
Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.
dgvvt-Verlag, Tübingen

Ullherr, Andreas (2012)

Systemische Methoden in der Betreuung und Beratung psychisch kranker Menschen
Praxis im Dialog, Praxisinstitut für systemische Beratung

Walter, Christoph (2011)

Foliensammlung zur Vorlesung „Organisationen und Träger in der Sozialen Arbeit“ im Studienschwerpunkt „Soziale Arbeit mit Psychisch Kranken und suchtkranken Menschen“ an der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt im Sommersemester 2011

Interviewleitfaden

Frühkindliche Entwicklung und Familienanamnese:

- Lebenssituation der Eltern vor der Geburt
- Bestehende (intakte o. problematische) Partnerschaft
- Soziale Situation (z.B. finanziell, wohnen)
- Wunschkind?
- Alter der Eltern bei der Geburt
- Gesundheitszustand der Eltern (Vorerkrankungen, genetische Belastung)
- Schwangerschaftsverlauf
- Gesundheitsverhalten der Eltern vor der Entbindung (Drogenmissbrauch, Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitung)
- Geburtsverlauf (Komplikationen?)

Frühkindliche Entwicklung:

- Geschwister
- Intakte Partnerschaft oder alleinerziehende Elternteile
- Geborgene Atmosphäre (elterliche Wärme, Zuwendung)
- Erziehungsverhalten der Eltern (konsequent?)
- Einfluss von Großeltern, anderen Verwandten
- Kindheit von Bewohnerin als „glücklich“ bezeichnet?
- Soziale Situation der Eltern (finanziell, wohnen, soziale Kontakte?)

Kindergartenalter:

- Kindergarten besucht?
- Kontakte zu anderen Kindern
- Kontaktverluste durch Wohnortwechsel, auch bzgl. Großeltern u. anderen Verwandten?
- Irgendwelche Verhaltensauffälligkeiten (lügen, stehlen, Aggressivität?)

Schulalter:

- Freunde?
- Elternverhalten bezügl. Freunden
- Mitgliedschaft in Vereinen
- Leistungsverhalten
- Lernschwierigkeiten
- Schulausbildung abgeschlossen oder abgebrochen?
- Klasse wiederholt?
- Elternverhalten bezügl. Schule?

Psychische Abnabelung:

- Elterliche Unterstützung zur Selbstständigkeit
- Elterliche Unterstützung bei Konflikten
- Förderung von Entscheidungs-/ Handlungskompetenz
- Verhinderung von Entscheidungs-/ Handlungskompetenz
- Wechselseitige Abhängigkeitskonflikte
- **Verhaltensauffälligkeiten**

Berufliche Entwicklung:

- Wunschberuf erlernt
- Abgeschlossene Berufsausbildung
- Probleme im Beruf

Besondere Begabung:

- Musikalisch, sportlich, künstlerisch
- Förderung durch Eltern?
- Genutzt o. verkümmert?

Gesundheits-/ Krankheitsanamnese:

- Vorsorgeuntersuchungen durch die Eltern wahrgenommen
- Kinderkrankheiten, andere Krankheiten
- Unfälle
- Erleben u. Umgang mit Krankheiten
- Psychische Erkrankung
- Erfahrungen mit legalen Drogen (Welche, wie häufig, Elternvorbild)
- Erfahrungen mit illegalen Drogen

Problemsituation:

- Erstes Auftreten der Erkrankung
- Erste Klinikeinweisung
- Anzahl der Klinikaufenthalte bis zum Erhebungszeitpunkt
- Durchschnittliche Dauer der Klinikaufenthalte
- Gründe für die Klinikeinweisung
- Freiwillige o. angeordnete Klinikaufenthalte
- Symptome der Erkrankung
- In welchen Einrichtungen oder Settings (psychiatrisch) war die Bewohnerin bis jetzt eingebunden
- Welche Therapien wurden durchgeführt? Wie haben diese ausgesehen?
- Waren die Therapien nützlich? Welche mehr welche weniger?
- Woran lag es, wenn Therapieversuche gescheitert sind
- Wie ist die aktuelle Situation der Bewohnerin? (finanziell, wohnen, beruflich, soziale Kontakte, Partnerschaft)
- Aktuelle Wünsche
- Zukunftsperspektive/ Erwartungen

Danksagung

Mein erster Dank geht an Herrn Prof. Dr. Frank Como-Zipfel für seine kompetente Betreuung und Unterstützung. Während des gesamten Prozesses stand er mit hilfreichen Anregungen sowie produktiven Rückmeldungen zur Seite.

Desweiteren bedanke ich mich bei der Klientin des Johanna-Kirchner-Hauses in Marktbreit für ihre Mitarbeit bei der Durchführung des Klienteninterviews und besonders bei Herrn Dipl. Soz.-Päd. (FH) Axel Fischer für die kompetenten Anregungen, die Beratung und Rückmeldungen während des Entstehungsprozesses der Bachelorarbeit. Ebenso möchte ich mich bei den Mitarbeitern des Johanna-Kirchner-Hauses bedanken, die mir in den vergangenen Monaten ein enorme Stütze waren.

Erklärung zur Bachelorarbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, diese nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt und alle benutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben sowie wörtliche Zitate gekennzeichnet habe.

Ort, Datum

Unterschrift