

**Zwischen Möglichkeiten und Herausforderungen in der  
sozialpsychiatrischen Betreuung von Menschen mit der  
Borderline-Persönlichkeitsstörung**

im Teilzeitbetreuten Wohnen  
der alpha nova Graz

**Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von  
Michéle KAINZ

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft  
Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, 2019

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>I Theoretischer Teil</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Die Sozialpsychiatrie</b> .....	<b>8</b>
1.1. Die Psychiatrie im Wandel der Zeit.....	8
1.2. Begriffsbestimmungen .....	11
1.3. Grundlagen sozialpsychiatrischer Arbeit .....	12
1.4. Ausgewählte Konzepte sozialpsychiatrischer Arbeit .....	16
1.4.1. Das bio-psycho-soziales Modell .....	16
1.4.2. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell .....	18
1.5. Zum Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit .....	19
1.5.1. Gesundheit.....	20
1.5.2. Krankheit .....	21
1.6. Diagnostiksysteme der Psychiatrie .....	22
<b>2. Die Borderline Persönlichkeitsstörung</b> .....	<b>23</b>
2.1. Einführung .....	23
2.2. Die Person, die Persönlichkeit, die Persönlichkeitsstörung .....	24
2.3. Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung .....	26
2.3.1. Klassifikation nach DSM-5 .....	26
2.3.2. Klassifikation nach ICD-10 .....	27
2.4. Spezifische Problemstellungen im Zusammenhang mit der Borderline-Störung.....	29
2.4.1. Selbstverletzendes Verhalten.....	29
2.4.2. Chronische Suizidalität .....	30
2.4.3. Mangelnde Impulskontrolle .....	30

2.4.4. Instabile Beziehungen .....	31
2.4.5. Stress und Krisen .....	32
2.5. Begleiterkrankungen der Borderline-Störung .....	32
2.5.1. Essstörungen .....	33
2.5.2. Drogen und Alkohol .....	33
2.5.3. Traumata .....	34
2.6. Die therapeutische Behandlung .....	34
<b>3. Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.....</b>	<b>37</b>
3.1. Psychosoziale Versorgungsleistungen in der Steiermark.....	37
3.2. Betreute Wohnformen .....	43
3.3. Rahmenbedingungen des Betreuten Wohnens.....	45
3.4. Psychosoziale Träger und Wohnangebote im Raum Graz .....	47
3.5. Kriterien für eine Teilzeitbetreute Wohnform .....	48
<b>4. Ausgewähltes Beispiel: Das Teilzeitbetreute Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH in Graz.....</b>	<b>51</b>
4.1. Hintergrund .....	51
4.2. Grundsätze und Leitbild.....	52
4.3. Die Wohnstruktur .....	53
4.4. Beschreibung des Fachpersonals und Qualitätsmanagement.....	54
4.5. Prinzipien und Arbeitsweisen .....	55
4.6. Aufgaben der BezugsbetreuerInnen.....	62
4.7. Beschreibung der täglichen To Do's und Aufgabenbereiche .....	64
<b>II Empirischer Teil.....</b>	<b>68</b>
<b>5. Fragestellung und Ziel der empirischen Forschung .....</b>	<b>69</b>

<b>6. Vorstellung der Forschungsmethode .....</b>	<b>71</b>
6.1. Das leitfadengestützte ExpertInneninterview .....	71
6.1.1. Theoretischer Hintergrund.....	71
6.1.2. Beschreibung der InterviewpartnerInnen und der Interviewsituation.....	73
6.1.3. Vorstellung des Interviewleitfadens.....	73
<b>7. Auswertung des Datenmaterials.....</b>	<b>76</b>
7.1. Transkription der Interviews.....	76
7.2. Praktische Vorgehensweise bei der Auswertung und Interpretation.....	77
<b>8. Darstellung der Forschungsergebnisse .....</b>	<b>78</b>
8.1. Erfahrungswerte der BetreuerInnen betreffend der Borderline-Charakteristik .....	78
8.2. Herausforderungen in der Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Störung .....	81
8.2.1. Herausforderungen im Gruppen-Setting .....	81
8.2.2. Herausforderungen in der „1 zu 1 -Betreuung“ .....	82
8.2.3. Herausforderungen auf Beziehungsebene.....	84
8.2.4. Herausforderungen in der Alltagsbewältigung .....	87
8.2.5. Herausforderungen in Krisensituationen .....	89
8.2.6. Bereich Sonstiges .....	91
8.3. Unterstützungsleistungen im TZWpsy .....	91
8.4. Unterstützungsleistungen im TZWpsy für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung .....	94
8.4.1. Die Struktur .....	95
8.4.2. Das professionelle Beziehungsangebot .....	96
8.4.3. Methoden und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung .....	99
8.4.4. Betreute Gruppenangebote .....	102
<b>9. Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>105</b>
<b>10. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>108</b>
<b>11. Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>113</b>

<b>12. Anhang</b> .....	<b>114</b>
12.1. Interviewleitfaden .....	114
12.2. Codesystem .....	117

## Einleitung

Im Rahmen eines Praktikums wurde es mir ermöglicht, Einblicke in die Betreuungsarbeit von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu erlangen. Auf Grund meiner Erfahrungen als Praktikantin und meiner mittlerweile beruflichen Kenntnisse innerhalb der Wohnbetreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung, ist es mir ein Anliegen, einige Erfahrungswerte und Einsichten der praktischen Arbeit, verbunden mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, weiterzugeben. Der Kern dieser Arbeit bezieht sich dabei auf die Betreuung von Menschen mit der Borderline-Störung.

Die vorliegende Arbeit ist unterteilt in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im ersten Kapitel des theoretischen Teils wird näher darauf eingegangen, wie sich die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung über die Jahre hinweg verändert hat. Im Zentrum steht nun eine gemeindenahere Versorgung, in welcher der/die Betroffene als Experte/Expertin seiner/ihrer Erkrankung gilt und bedarfsgerechte Unterstützung erfahren soll. Im zweiten Kapitel wird ausführlicher auf die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen und auf die mit der Krankheit einhergehenden Problemstellungen aufmerksam gemacht. Kapitel 3 beschäftigt sich mit den psychosozialen Versorgungsleistungen in der Steiermark, wobei besonders auf betreute Wohnformen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung eingegangen wird. Kapitel 4 stellt als ausgewähltes Beispiel das „Teilzeitbetreute Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung“ der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH ausführlicher dar. Der Fokus liegt darauf, einen Einblick in die Arbeitsweisen und die täglichen Aufgabenbereiche der MitarbeiterInnen zu ermöglichen.

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird untersucht, mit welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen die MitarbeiterInnen innerhalb des Betreuungsauftrages konfrontiert werden. Zudem ist es mir wichtig zu veranschaulichen, welchen Nutzen Personen mit der Borderline-Störung aus einer Wohnbetreuung ziehen können. Kapitel 5 geht näher auf die Fragestellungen und das Ziel der empirischen Forschung ein. Danach erfolgt die Darstellung der ausgewählten Forschungsmethode, der Vorgang zur Auswertung des Datenmaterials wird beschrieben und in

weiterer Folge werden die Ergebnisse der Erhebung präsentiert. Abschließend folgt ein kurzes Resümee.

# Theoretischer Teil

# 1. Die Sozialpsychiatrie

Um den Einstieg in die Fachrichtung der Sozialpsychiatrie zu vereinfachen, soll zunächst ein Überblick über die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung im Laufe der Zeit beschrieben werden. Im Anschluss erfolgt eine Auseinandersetzung mit den einzelnen Begriffsbestimmungen und es wird näher auf die Grundlagen sozialpsychiatrischer Arbeit eingegangen.

## 1.1. Die Psychiatrie im Wandel der Zeit

Der Fortschritt der Psychiatrie und deren Fachrichtungen war schon von Beginn an beeinflusst vom jeweiligen Wissensstand der Bevölkerung und der verfügbaren Methodenauswahl. Menschen mit Beeinträchtigungen wurden über Jahrhunderte hinweg als „Mangelwesen“ betrachtet und auch dementsprechend behandelt und untergebracht. Erst in den 70er Jahren gelang durch die Reformierung der Psychiatrie eine Verbesserung in der Versorgung. Hierbei wurde das Fundament für die Entwicklung einer gemeindenahen psychiatrischen Unterstützungsleistung gelegt. Deren Ziel war es, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung möglichst selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen (vgl. Effinghausen 2014, S.22). Diese Entwicklung soll nun näher betrachtet werden.

### Die Entwicklung nach dem zweiten Weltkrieg:

Bis in die 1960er Jahre befanden sich Menschen mit psychischer Erkrankung häufig in Großanstalten der Psychiatrie und hatten kein Recht auf passende medizinische Behandlung. Das Leben der Betroffenen war geprägt von „Zwangsinjektionen, Fixierungen am Bett und Isolierzellen“ (Rössler 2005, S.844 zit.n. Effinghausen 2014, S.23). Viele der Untergebrachten kamen in großen Schlafsälen unter, hatten keine eigene Kleidung oder die Möglichkeit, persönliche Gegenstände aufzubewahren (vgl. ebd; S.23). Sechzig Prozent der betroffenen Menschen lebten zumindest für zwei Jahre, meist aber länger, unter diesen Bedingungen. Beinahe vierzig Prozent kamen in Schlafsälen mit mehr als elf Betten pro Raum unter (vgl. Bühring 2001, o.S.). Ein erster wegweisender Schritt in Richtung Veränderung stellte in den 50er Jahren die Entwicklung der Psychopharmaka dar. Durch die medizinische Behandlung hatten die betroffenen Menschen zunächst aber mit schweren Nebenwirkungen zu kämpfen (z.B. starker Speichelfluss,

Apathie, Kommunikationsunfähigkeit). Die Dauer der Behandlung konnte durch die medizinische Therapie zwar verkürzt werden, da es jedoch keine Alternative zur stationären Behandlung gab, wurden die PatientInnen aber meist nach kurzer Dauer erneut eingewiesen. Dennoch war es Ziel der Forschung, psychische Erkrankungen mit Hilfe von chemischen Substanzen behandeln zu können. In den 60er Jahren entstand eine Bewegung, die zum Ziel hatte, Menschen mit psychischer Erkrankung wieder in deren sozialen Umfeld einzugliedern. Die Verfahren der Behandlung und Betreuung von Betroffenen in den psychiatrischen Kliniken wurden zunehmend bemängelt. Durch Aufstände von StudentInnen und der Kulturrevolution Ende der 60er Jahre entstand ein neues Verständnis: „Disziplin, Hierarchie und direktoriale Macht wurden in Frage gestellt und Liberalität, Toleranz und Sympathie für Randgruppen rückten in den Fokus“ (vgl. Stallbaum 2008, S.4f. zit.n. Effinghausen 2014, S.23). Der Auftakt zur Reformierung der Psychiatrie in Deutschland begann schließlich 1970. So wurden beispielsweise beim Ärztetag in Stuttgart psychiatrische Themen diskutiert. Zudem wurden die Öffentlichkeit und Politik durch diverse kritische Veröffentlichungen (zum Beispiel: „Asylum“ von E. Goffmann 1961, „Irrenhäuser“ von F. Fischer 1969, oder „Wahnsinn und Gesellschaft“ von M. Foucault 1969, bis „Die negierte Institution“ von F. Basaglias 1971) auf die vorhandenen Zustände in den Psychiatrien aufmerksam gemacht (vgl. ebd. S.23f.) Das als anti-psychiatrisch geltende Schriftgut steigerte das kritische Denken der Menschen gegenüber psychiatrischen Anstalten (vgl. Krumm/ Becker 2012, S.52) und die vorhandenen Zustände konnten fortan nicht länger ausgeblendet werden. Beanstandungen erfolgten zum einen bei der Unterbringung. Kritisiert wurde hier die Isolation der psychisch kranken Menschen, der zu distanzierte medizinische Behandlungsrahmen, der Mangel an Bediensteten und das unzureichende Equipment. Aber auch das Machtverhältnis zwischen dem Arzt/der Ärztin und dem/der PatientIn und die Ausgrenzung der Betroffenen von der Gesellschaft wurden diskutiert (vgl. Effinghausen 2014, S.23f.). Ebenso galt es, psychiatrische Themen in naturwissenschaftlich-medizinische Denksysteme einzugliedern und ein politisches Umdenken bezogen auf die Sichtweise von Menschen mit psychischer Erkrankung zu bewirken (vgl. Krumm/ Becker 2012, S. 52).

## Die Reformierung der Psychiatrie

Um die unmenschlichen Verhältnisse in den psychiatrischen Krankenhäusern zu beenden, fand im Jahre 1975 durch die Beauftragung des deutschen Bundestages eine „Sachverständigenkommission“, die sogenannte „Psychiatrie-Enquête“ statt, in welcher der Ist-Stand der Kliniken dargelegt und Verbesserungsmöglichkeiten entwickelt wurden. Veranschaulicht wurden die ungenügende Fürsorge, Behandlung und Betreuung im Vergleich zu physisch kranken Menschen. Ziel war es, die Bedingungen der PatientInnen zu verbessern sowie pädagogische und therapeutische Maßnahmen sicherzustellen. Aus diesem Grund wurde befürwortet, dass ambulante Dienste geschaffen werden sollten und es auch an psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern bedarf. Der Ungleichstellung zwischen physisch und psychisch kranken Menschen sollte entgegengewirkt werden, um so eine anforderungsgerechte und akkurate Versorgung zu gewährleisten, die ebenso gemeindenah zu arbeiten vermag. Des Weiteren sollten adäquate Aus- und Weiterbildungen gefördert werden.

In den darauffolgenden Jahren wurde versucht, in ausgewählten Regionen die Empfehlungen der Kommission zu erproben. Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen wurden nicht dezentral, sondern innerhalb ihres sozialen Umfeldes bedarfsgerecht versorgt und hatten dadurch die Möglichkeit, in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Als die Erprobungszeit (begleitet durch die deutsche Bundesregierung) zu Ende war, legte die Sachverständigenkommission die Empfehlung nieder, das Versorgungsangebot, sowie die Nachsorge zur sozialen und beruflichen Integration von Menschen mit psychischer Erkrankung zu reformieren. Auf Grund der Verwirklichung und Erprobung der ausgearbeiteten Berichte entstand eine maßgebliche Fortentwicklung in der Betrachtungs- und Behandlungsweise von Menschen mit psychischer Erkrankung (vgl. Effinghausen 2014, S.24ff.). Ebenso veranschaulicht Literatur aus Österreich, dass seit Mitte der siebziger Jahre, angeregt durch die deutsche Psychiatrie-Enquête im Jahr 1975, die Versorgung nicht akuter PatientInnen in psychiatrischen Krankenhäusern immer mehr von der Gemeindepsychiatrie abgelöst wird. Die frühe Reformphase zielte auf eine gemeindenahere Versorgung für Langzeit-PatientInnen ab. Es entstanden viele Einrichtungen und ambulante Angebote, welche Unterstützungsleistungen in den Bereichen Rehabilitation, Wohnen, Arbeit und Tagesstruktur anboten. In darauffolgenden Schritten erfolgte

ein Umdenken in Richtung „personenorientierter Ansatz“, „Empowerment“ und „Recovery“, worauf im Punkt 1.3. „Grundlagen sozialpsychiatrischer Arbeit“ noch ausführlicher eingegangen werden soll (vgl. Meise/Wancata/Hinterhuber 2008, S.134f.).

## **1.2. Begriffsbestimmungen**

In diesem Punkt sollen die beiden Begrifflichkeiten „Psychiatrie“ und „Sozialpsychiatrie“ näher beschrieben werden.

### Die Psychiatrie

Der Begriff Psychiatrie beinhaltet die beiden griechischen Bezeichnungen „Psyche“ (= Seele) und „iatrós“ (= Arzt) und bedeutet wörtlich übersetzt „Seelenarzt“ (vgl. Effinghausen 2014, S.27). Wird versucht, das medizinische Fachgebiet „die Psychiatrie“ näher zu beschreiben, handelt es sich um „das Wissen, die Erfahrung und die Befähigung zur Diagnostik, Behandlung und Prävention sowie Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen und Störungen - speziell unter Anwendung sozio- und psychotherapeutischer Verfahren“ (NPN o.J; o.S.). Einfacher kann gesagt werden, dass sich dieses Fachgebiet mit allen seelischen Erkrankungen und Auffälligkeiten einer Person, egal ob die Ursache physischen oder psychischen Ursprungs ist, befasst (vgl. ebd.).

### Die Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie versteht sich als eine Teildisziplin der Psychiatrie. Sie beschreibt einen Blickwinkel, in der das soziale Gefüge Einfluss auf die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung einer psychischen Krankheit nimmt (vgl. Krumm, Becker 2012, S.41) und ist eines der Elemente, das auf die Reformierung der Psychiatrie im Jahre 1975 zurückgeht (vgl. Effinghausen 2014, S.32). Im Vordergrund steht eine ganzheitliche Sicht- und Vorgehensweise, in welcher Menschen in Krisensituationen und bei psychischer Erkrankung unterstützt werden sollen. Sozialer Ausgrenzung gilt es entgegenzuwirken. Betroffene stehen mit ihrer persönlichen Lebenslage im Zentrum, dies bedeutet, dass die individuellen Anforderungen und Wünsche in die Behandlung und Betreuung miteinbezogen werden. Ebenso soll der Kontakt zum sozialen Umfeld aufrechterhalten werden und die Möglichkeit bestehen, einer Beschäftigung oder Tagesstruktur

in der eigenen Stadt bzw. Gemeinde nachzukommen (vgl. Bayrische Gesellschaft für soziale Psychiatrie o.J; S.1).

### **1.3. Die Grundlagen sozialpsychiatrischer Arbeit**

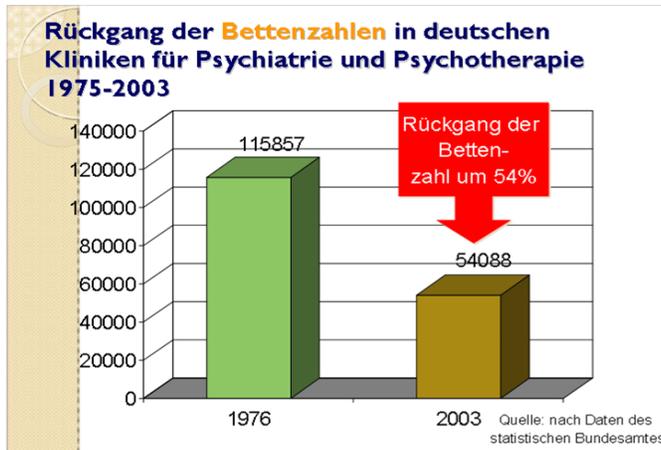
Für die Sozialpsychiatrie oder die hier gleichrangig verwendete Formulierung „Psychiatrie der Gemeinde“, lassen sich die nun nachfolgenden Prinzipien festlegen:

- Gemeindenähe, räumliche Nähe

Damit ist gemeint, dass diverse Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung gut erreichbar sein sollen, aber auch, dass die Dienstleistung oder das Angebot selbst mit geringem Aufwand in Anspruch genommen werden kann. So soll es für betroffene Personen verschiedene Hilfsangebote (z.B.: psychosozialer Krisendienst, Begegnungszentren, Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit usw.) hinsichtlich des jeweiligen Hilfebedarfs geben (vgl. Bayrische Gesellschaft für soziale Psychiatrie o.J; S.2).

- „Ambulant vor stationär“

Die Sozialpsychiatrie richtet sich nach dem Prinzip, ambulante Versorgungsangebote vor teilstationären oder stationären Unterstützungsleistungen zu wählen, um Hospitalisierung zu vermeiden und den betroffenen Personen ein möglichst „alltägliches Leben“ in der Stadt/in der Gemeinde zu ermöglichen (vgl. Effinghausen 2014, S.33 zit. n. Kardorff 2001, S.1438). Zudem ist darauf zu achten, dass die stationäre Versorgung ihre PatientInnen nicht bevormundet und die ambulante Unterstützung die zu betreuenden Personen nicht vernachlässigt (vgl. Bayrische Gesellschaft für soziale Psychiatrie o.J; S.2).



Die abgebildete Grafik verdeutlicht den Rückgang der belegten Betten in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie um über 50% zwischen den Jahren 1976 und 2003.

Abbildung 1: Bettenzahlen in deutschen Kliniken 1975-2003 (Quelle: Göttl 2012, S.36).

- Verbund verschiedener Einrichtungen

Um eine adäquate Versorgung für Menschen mit psychischer Krankheit zu ermöglichen, bedarf es einer transparenten und guten Zusammenarbeit der verschiedenen Unterstützungsangebote. So sollen Übergänge von einer Einrichtung zu einer anderen (zum Beispiel von der Behandlung im Krankenhaus zur Betreuung in einer sozialpsychiatrischen Wohnform oder durch das Wohnangebot in den Bereich Arbeit usw.) durch gute Vernetzung der unterschiedlichen Bereiche ermöglicht werden (vgl. Bayrische Gesellschaft für soziale Psychiatrie o.J; S.2). Zum gemeindepsychiatrischen Verbund zählen neben ambulanten, teilstationären und stationäre Institutionen auch psychotherapeutische Hilfen und Einrichtungen zur Rehabilitierung, aber auch verschiedene Unterstützungsformen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Tagesstrukturierung und Freizeit (vgl. Schlichte 2006, S.20).

- Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Im sozialpsychiatrischen Behandlungs- und Betreuungskontext arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen zusammen. Die Vernetzung der verschiedenen Kernkompetenzen soll zu einer verbesserten Qualität der Betreuungsarbeit beitragen (vgl. Hertrich, Bernhardt-Raquet, Blinzler 2011, S.4). Um qualitativ gute Arbeit leisten zu können, sind hinreichende kollegiale Beachtung, Wertschätzung und Kritikfähigkeit bedeutsam. Die Zusammenkunft der unterschiedlichen Fachkräfte soll für die Klientinnen ersichtlich sein. Multiprofessionalität wird zudem erweitert

durch „multiperspektivische Arbeit“. Dies bedeutet, dass ebenso persönliche Erfahrungen der betroffenen Personen in die Betreuungsarbeit miteinbezogen werden.

- Lebensweltorientierung

Sozialpsychiatrische Arbeit begleitet Menschen mit psychischer Erkrankung im Alltag. Die berufliche und soziale Lebenswelt ist Teil der Betroffenen und fließt somit in die Betreuungssituation mit ein (vgl. Bayrische Gesellschaft für soziale Psychiatrie o.J; S.2). Die lebensweltorientierte soziale Arbeit betrachtet den Menschen in seinen/ihren Lebensverhältnissen. Von Bedeutung ist auch, wie sich der/die Betroffene selbst in ihrer Lebenswirklichkeit wahrnimmt und diese strukturiert. Grundlage für die professionelle Betreuungsarbeit ist die Achtung der Lebenswelt des/der anderen Person, ebenso die Akzeptanz und Stärkung der Eigenwilligkeit sowie eine verständnisvolle, aber auch kritisch-konfrontative Haltung. Ziel des Ansatzes ist es, eine funktionierende Alltagsbewältigung zu ermöglichen (vgl. Thiersch 1986, S.12ff. zit.n. Effinghausen 2014, S.75f.).

- Der Mensch als Ganzes im Blickpunkt des Geschehens

Die Sozialpsychiatrie versucht ganzheitlich zu arbeiten (Nähe zur Gemeinde, multiprofessionelles Team, Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen usw.). Zu einer ganzheitlichen Sichtweise zählt zudem auch, dass Krisensituationen und psychische Erkrankungen verschiedenen Einflussfaktoren zu Grunde liegen können. Interessant ist nicht nur wie „Krankheit“ entsteht und welche Defizite dadurch vorhanden sind, sondern ebenso, wie es möglich ist, Gesundheit aufrechtzuerhalten und betroffene Personen mit ihren Möglichkeiten wahrzunehmen (Ressourcenorientiertheit).

- Subjektorientiertheit

Im Mittelpunkt der sozialpsychiatrischen Arbeit steht der Mensch in seiner Einzigartigkeit. Dies verdeutlicht auch ein Zitat aus dem Hamburger Psychose-Seminar: ‚Es gibt so viele Psychosen, wie es Menschen mit einer Psychose gibt‘ und weist auf die Individualität einzelner Personen hin. Dies darf auch in der Betreuungsarbeit nicht vernachlässigt werden.

- Demokratische Form von Begegnung

Jegliche Form von Betreuungs- und Beziehungsarbeit im sozialpsychiatrischen Kontext soll darauf abzielen, Menschen auf Augenhöhe und partizipativ zu begegnen. Betroffene sollen des Weiteren dazu ermutigt werden, aktiv mitzuwirken und „Selbsthilfearbeit“ zu leisten (vgl. ebd., S.2f.).

Die Gemeindepsychiatrie umfasst unter anderem alle Einrichtungen, Dienste und Träger, welche eine zum Wohnort nahe und adäquate Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung gewährleisten können. Effinghausen (vgl. 2014, S.33f.) listet die nun angeführten Hilfsangebote auf:

<b>Unterstützungsangebote</b>	<b>Beispiele</b>
Soziale Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Angehörige, Freunde, Nachbarn,</li> <li>- Bekannte, Arbeitskollegen,</li> <li>- Ehrenamtliche Helfer</li> <li>- Selbsthilfegruppen</li> </ul>
Unterstützungsleistung in Gesundheitswesen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulant psychiatrische Pflege</li> <li>- Institutsambulant</li> <li>- Klinik</li> <li>- niedergelassene Psychiater</li> <li>- niedergelassene Psychotherapeuten</li> <li>- Tagesklinik</li> </ul>
Angebote im Sozialwesen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulant betreutes Wohnen</li> <li>- Arbeit in Selbsthilfefirmen</li> <li>- Arbeit in Zuverdienstprojekten</li> <li>- Arbeit in geschützter Werkstatt</li> <li>- Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke</li> <li>- Berufliche Trainingszentren</li> <li>- Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>- Freizeit- und Kontaktstellen</li> </ul>

- Integrationsfachdienste
- Krisen- und Notfallhilfe
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Sozialpsychiatrisches Zentrum
- Tagesstätten
- Wohnheim
- Wohngemeinschaft

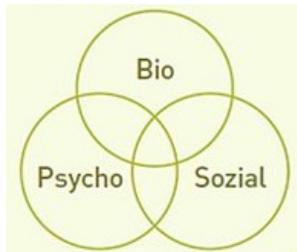
Abbildung 2: Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung (Quelle: Effinghausen 2014, S.34f.).

## 1.4. Ausgewählte Konzepte sozialpsychiatrischer Arbeit

In diesem Punkt sollen Erklärungsmodelle zur Entstehung von Krankheit beschrieben werden, die besonders in der Sozialpsychiatrie von Bedeutung sind, da sie Einfluss auf das professionelle Verständnis des Betreuungspersonals und somit auch auf das sozialpädagogische Handeln und die Beziehungsarbeit nehmen (vgl. Effinghausen 2014, S.58).

### 1.4.1 Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Konzept der Belastungen möchte veranschaulichen, dass es auf unterschiedlichen Ebenen Auslöser für Erkrankungen geben kann (vgl. Faust o.J; S.1f.). Alles was



Menschen erleben, hat biologische, psychische und soziale Komponenten, welche einander wechselwirkend beeinflussen (vgl. Oberstein 2018, o.S.).

Abbildung 3: bio-psycho-soziales Modell (Quelle: Algesiologikum 2018, o.S.).

Folgend werden stichwortartig Beispiele betreffend der einzelnen Faktoren genannt.

#### a) **Biologische Einflüsse:**

physische Voraussetzungen, angeborene Anlagen, individuelle Körperfunktion, gegenwärtiger Körperzustand, Vorerkrankungen, Verletzungen, Muskelverspannungen usw.

## **b) Psychische Einflüsse:**

eigene Persönlichkeit, Bewältigungsstrategien, Umgang mit schwierigen Situationen, individuelle Haltung bezogen auf Gesundheit, Selbstbild (vgl. Faust o.J; S.1) etc.

## **c) Soziale Einflüsse:**

Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sozialer Rückhalt (Familie, Freundeskreis), Arbeit, finanzielle Situation, Beschäftigung (vgl. Oberstein 2018, o.S.) usw.

Zum besseren Verständnis folgen nun zwei Beispiele:

*„Stellen Sie sich vor, jemand bricht sich bei einem Unfall ein Bein. Er wird ärztlich versorgt, das Bein wird ruhiggestellt, er bekommt vielleicht einen Gipsverband, der Bruch verheilt komplikationslos. Hier käme wahrscheinlich niemand auf die Idee, psycho-soziale Hintergründe zu erfragen – dass der Unfall die Ursache für die Verletzung ist, scheint eindeutig. Wenn aber derselbe Mensch wiederholt wegen Unfallfolgen behandelt werden muss, sieht die Sache schon anders aus: Vielleicht hängen seine Verletzungen doch in irgendeiner Weise mit psychischen Faktoren zusammen? Geht er, um eine Idee zu nennen, vielleicht zu sorglos mit riskanten Situationen um? Wenn dem so wäre, wäre es durchaus hilfreich, über dieses Verhalten nachzudenken und es zu ändern. Aber auch umgekehrt: Nehmen Sie an, jemand sucht psychotherapeutische Hilfe, weil er sich schon längere Zeit antriebslos fühlt und keine Freude mehr empfindet. Er meidet Kontakte und hat sich sehr zurückgezogen. Im Gespräch berichtet er, seine Frau habe ihn vor einigen Wochen nach wiederholten Auseinandersetzungen verlassen. Hier erscheint es zunächst nahe liegend, die Trennung als Ursache für die psychischen Beschwerden anzunehmen. Es ist aber dennoch wichtig, auch an körperliche Ursachen zu denken, eine sogenannte „endogene Depression“ etwa, eine andere Stoffwechselerkrankung oder eine sonstige Grunderkrankung. Dies nicht abzuklären, kann ein schwer wiegender Fehler sein“ (Oberstein, 2018, o.S.).*

Bei der Entstehung einer Krankheit findet sich häufig (wie zuvor dargestellt) eine sich wechselseitig beeinflussende Situation. Aus diesem Grund ist es bei der Behandlung erforderlich, mehrere möglicherweise zusammenwirkende Ursachen in Betracht zu ziehen, die zu den gesundheitlichen Einschränkungen beitragen (vgl. Oberstein 2018, o.J.). Daraus schließt sich, dass auch die Therapie auf mehreren Ebenen eingehen soll. Leidet der/die Betroffene an Depressionen, kann dies beispielsweise durch einen Mangel an Serotonin (biologische Ursache), Lustlosigkeit

(psychische Komponente) und Isolation (sozialer Faktor) entstanden sein. Demzufolge ist es sinnvoll, dass auch die Behandlung der betroffenen Person auf einer medikamentösen, psychotherapeutischen und sozialen Ebene erfolgt. Deshalb werden nach diesem Modell neben FachärztInnen auch Berufsgruppen wie PsychologInnen, SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen in die Behandlung miteinbezogen (vgl. Effinghausen 2014, S.59).

#### 1.4.2. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Ein weiteres Erklärungsmodell zur Entstehung von Krankheit entwickelten Zubin und Spring (1977). Dieses Modell wurde zunächst bei Menschen mit Schizophrenie angewandt. In der Zwischenzeit lässt es sich aber auf verschiedene psychische Störungen übertragen.

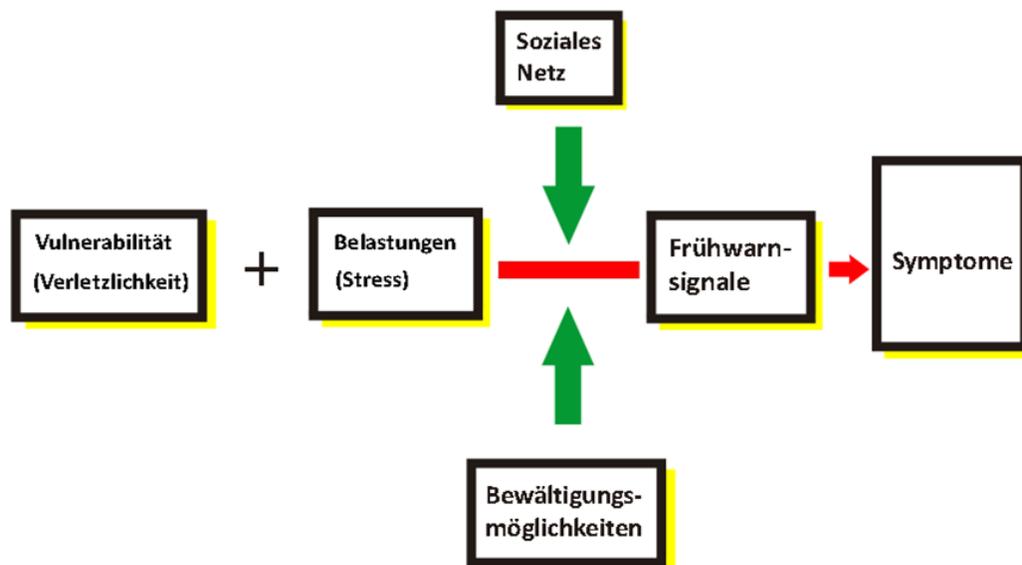


Abbildung 4: Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Quelle: Zubin, Joseph/ Spring Bonnie 1977, o.S.)

Diesem Konzept zufolge entsteht Krankheit, wenn im Vorfeld zwei Faktoren, nämlich Vulnerabilität und Stress, zusammentreffen. Vulnerabilität beschreibt eine bestimmte „Verletzlichkeit oder Anfälligkeit“, die sowohl genetisch, oder aber durch psycho-soziale Einflüsse entstehen kann. Kommen dazu noch zusätzliche Belastungen (z.B. Stress), kann dies der Auslöser einer Erkrankung sein. Menschen reagieren dabei unterschiedlich „verletzlich“. So entwickeln einige Menschen auf Grund von Stressoren, Ängste, Zwänge, bekommen Depressionen oder reagieren körperlich auf die Situation. Entscheidend sind hierbei auch die vorhandenen Ressourcen (soziales Netzwerk,

Unterstützungsmöglichkeiten) einer Person und wie mit der schwierigen Situation umgegangen wird (persönliche Bewältigungsstrategien) (vgl. Zubin/ Spring 1977, o.S.).

Im nächsten Punkt soll nun näher auf das Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit eingegangen werden, zudem folgen Definitionen der Begrifflichkeiten und es werden die zentralen Merkmale zur Benennung von psychischen Störungen genannt.

### **1.5. Zum Verhältnis zwischen Gesundheit und Krankheit**

Nach Cisneros ist Gesundheit ohne Krankheit nicht vorstellbar und umgekehrt. Wie die beiden Zustände aber zueinander stehen, hängt von der jeweiligen Begriffsdefinition ab. Folgend sollen drei unterschiedliche Sichtweisen der Begrifflichkeiten aufgezeigt werden:

Der dichotome Ansatz beschreibt Gesundheit und Krankheit als „zwei Zustände, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig auftreten können“. Aus diesem Grund ist diese Überzeugung besonders kompatibel, wenn es sich beispielsweise um Infektionskrankheiten handelt. Weniger nützlich ist diese Definition, wenn es sich um psychische Krankheiten handelt, da sogar bei erfolgreicher Behandlung psychische Gesundheit nicht unabdingbar erzielt werden kann.

Im bipolaren Ansatz hingegen werden Gesundheit und Krankheit als „Pole eines Kontinuums“ betrachtet. Hierbei kann sich ein Individuum näher beim einen, oder näher beim anderen Pol befinden. Bewegt sich eine Person näher Richtung Gesundheit, bedeutet dies zugleich, dass Krankheit weniger wird. Dieser Auffassung liegt zu Grunde, dass Symptome zu reduzieren sind, um so ein höheres Maß an Gesundheit erreichen zu können. Für Menschen mit chronischen Beschwerden bedeutet dies, dass auch sie trotz der Erkrankung über gesunde Anteile verfügen.

Der orthogonale Ansatz beschreibt Gesundheit und Krankheit als „voneinander unabhängige Faktoren“. Dieser Definition nach, handelt es sich um einen Balanceakt, da Personen zeitgleich

gesunde, aber auch kranke Anteile in sich tragen können. Dieser Ansatz veranschaulicht, dass beispielsweise Befund und Befinden trotz eines unterschiedlichen Grades an Vereinbarkeit möglich sind. So kann sich eine Person gut fühlen, obwohl sie aus medizinischer Sicht krank ist. Diese Betrachtungsweise ist für die praktische Arbeit mit Menschen mit psychischer Erkrankung maßgebend. Es gilt, gesunde Anteile aufzusuchen und zu fördern (vgl. Cisneros et al. 2005, S.219 zit.n. Effinghausen 2014, S.50f.).

Um weiterfolgend das Wort Krankheit besser definieren zu können, soll zunächst einmal näher darauf eingegangen werden, was unter Gesundheit zu verstehen ist. So sehr „gesund sein“ auch von Bedeutung ist, eine einheitliche Definition des Begriffs gibt es nicht.

#### 1.5.1. Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Gesundheit als einen *„Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens“* (WHO 2014, S.1).

Hurrelmann erweitert dies und beschreibt Gesundheit als *„den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich körperlich, psychisch und sozial im Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet“* (2006, S.7 zit.n. Effinghausen 2014, S.51).

Demnach kann gesagt werden, dass Gesundheit ein behagliches Gefühl darstellt, welches nicht ein Leben lang unabdingbar zur Verfügung steht. Nach Effinghausen (vgl. ebd. S.51f.) gilt es eine Balance zwischen Risiko- und schützenden Faktoren herzustellen, um dem Leben Wohlgefallen und Sinnhaftigkeit abzugewinnen. Als „psychisch gesund“ gelten nach Payk (vgl. 2007, S.52 zit.n. Effinghausen 2014, S.52) Menschen, denen es zudem möglich ist, mit dem nötigen Selbstvertrauen und einer gewissen Beharrlichkeit den Herausforderungen des Lebens zu begegnen und schwierige Situationen, mit Hilfe der eigenen Fähigkeiten und bei persönlicher Zufriedenheit zu meistern. Einer weiteren Definition nach kommt noch hinzu, dass unter psychischer Gesundheit eine Person verstanden wird, die in der Lage ist eine Ausbildung zu

absolvieren, berufstätig zu sein und somit den eigenen Lebensunterhalt zu verdienen und auch in materieller Hinsicht für sich sorgen kann (vgl. Baierl 2008, S.16 zit.n. ebd. S.52).

### 1.5.2. Krankheit

Bei psychischer Krankheit hingegen werden Auffälligkeiten im Bereich der „Emotionen, des Denkens und Wahrnehmens, des Verhaltens sowie des körperlichen Empfindens“ festgestellt. Wann eine Person aber als „psychisch krank“ diagnostiziert wird, kann von verschiedenen Gegebenheiten mitbeeinflusst werden. So spielt beispielsweise auch das Alter, das Geschlecht, kulturelle Umstände sowie das jeweilige Gesundheitssystem eine Rolle. Als maßgebend zur Festlegung einer psychischen Erkrankung gelten jedoch die nun folgenden vier Merkmale:

#### **a) Abweichendes Verhalten**

Dies bedeutet, dass das Erleben und Verhalten einer Person als „deviant“ oder als von der Norm „abweichend“ eingestuft wird.

#### **b) Persönliches Leid**

Personen, die an einer psychischen Störung leiden, empfinden oftmals einen großen Leidensdruck.

#### **c) Beeinträchtigung**

Eine psychische Erkrankung schränkt Menschen im alltäglichen Leben ein und wirkt sich erschwerend auf die Bewältigung von Anforderungen aus.

#### **d) Selbst- oder Fremdgefährdung**

Durch die psychische Erkrankung kann die Gefahr bestehen, dass Betroffene auf Grund ihres Handelns oder Verhaltens, sich, oder andere Menschen in Gefahr bringen (vgl. Effinghausen 2014, S.53).

Damit eine einheitliche und länderübergreifende Bestimmung psychischer Erkrankungen erfolgen kann, wurden Diagnose- und Klassifikationssysteme entwickelt, welche folgend näher beschrieben werden.

## 1.6. Diagnostiksysteme der Psychiatrie

In den 90iger Jahren wurden standardisierte Verfahren entwickelt, mit Hilfe derer Krankheitsbilder nun präzise bestimmt werden können. Um wissenschaftlich begründete Aussagen über ein Störungsbild zu bekommen, war es notwendig, einheitliche Klassifikations­schemen zu entwickeln (vgl. Fiedler 2007, S.21). Unter Klassifikation wird dabei die „Einordnung von [bestimmten] gemeinsamen Merkmalen charakterisierender Phänomene in ein nach Klassen gegliedertes System“ verstanden. Ziele der Klassifikation sind „Kommunikation in Forschung und Praxis, Ausgangspunkt für Therapie sowie die Basis für Statistik im Gesundheitswesen“ (Dorsch 2012, o.S.).

Die beiden wichtigsten Klassifikationssysteme zur Bestimmung von psychischen Erkrankungen stellen die DSM-Diagnostik (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) und die ICD-Diagnostik (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) dar (vgl. Fiedler 2007, S.26ff.). Die beiden Modelle unterscheiden sich nur in geringen Maßen voneinander. So ist das aktuelle DSM- Modell eher forschungsorientiert, national angelegt und bezieht sich genauer auf die klinische und psychosoziale Bedeutsamkeit, wohingegen die ICD ein internationales System mit interkultureller Anwendbarkeit ist, welches um eine möglichst detailgenaue Kodierung bemüht ist (vgl. ebd. S.56) und von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wurde (vgl. Dorsch 2012, o.S.).

Die Diagnose selbst entsteht im Regelfall aus einem Gespräch zwischen dem Arzt/der Ärztin und einem/einer PatientIn. Methodisch spielt dabei die Beobachtung des/der PatientIn und das Gespräch eine wichtige Rolle, da so Verhaltensweisen mit dem Erleben des/der PatientIn in Verbindung treten. Körperliche Untersuchungen werden häufig nur ergänzend bei „Differentialdiagnosen“ durchgeführt (vgl. Fiedler 2012, S. 57). Darunter verstehen sich Krankheiten mit vergleichbaren Symptomen, welche vom Arzt/von der Ärztin ebenso ernst genommen werden müssen (vgl. Antwerpes 2018, o.S.).

## 2. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel wird näher erläutert, wodurch sich Persönlichkeitsstörungen erkennen bzw. diagnostizieren lassen. Genauer wird dabei auf die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen und der damit verbundenen Symptomatik bzw. den häufigsten einhergehenden Begleiterkrankungen. Abschließend sind Informationen zur therapeutischen Behandlung dargestellt.

### 2.1. Einführung

In der Geschichte der psychiatrischen Diagnostik war die Borderline-Persönlichkeitsstörung lange Zeit eine sehr umstrittene psychiatrische Diagnose (vgl. Hinterhuber, Fleischhacker 1997, S.142). Obwohl schon im 17. Jahrhundert von Menschen berichtet wurde, die durch auffallende Stimmungsschwankungen (wie beispielsweise plötzliche Wutausbrüche, aber auch Emotionen wie Angst und Schmerz etc.) Aufmerksamkeit erregten, war es trotzdem lange Zeit schwer, diese Störungsbilder einzuordnen (vgl. Rahn 2010b, S.47f.). Es wurde davon ausgegangen, dass es sich bei der Borderline-Störung um eine Krankheit handle, die an der Grenze („on the border“) zwischen Neurose und Psychose liegt (vgl. Bandelow, Gruber, Falkai 2008, S.158). Auf Grund der Unterschiedlichkeiten dieser beiden Krankheitsmodelle, kam es jedoch immer wieder zu Unstimmigkeiten und Ungenauigkeiten in der Diagnose (vgl. Rahn 2010a, S.43). In den vergangenen Jahren wurde der Borderline-Typus jedoch ausreichend operationalisiert (vgl. Saß, Herpertz 2003, S.223). Aus heutiger Sicht weiß man, dass für die Entstehung einer psychischen Krankheit nicht nur eine Ursache herangezogen werden kann, sondern verschiedene Aspekte der Krankheit berücksichtigt werden müssen, um die Diagnose nicht einseitig, oder gar unzureichend objektiv zu stellen (vgl. Rahn 2010a, S.43f.). Aus diesem Grund kann von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nur dann ausgegangen werden, wenn es mehrere Anhaltspunkte gibt, die auf eine Erkrankung hindeuten und die Krankheitszeichen bis zu einem gewissen Grad ausgeprägt sind. Wichtig ist, dass möglichst zuverlässige Kriterien festgelegt sind, damit eine Borderline Störung diagnostiziert werden kann. Aufbauend auf der „operationalisierten Diagnostik“ erfolgt eine Eingrenzung, welche die Borderline-Störung in vier Kernbereiche einteilen lässt:

- Zum einen fällt es Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung schwer, die eigenen Gefühle und Emotionen zu regulieren.
- Auch im Kontakt mit Mitmenschen können gefühlsmäßig keine Abstufungen angenommen und akzeptiert werden, was folgend zu einem „Schwarz-Weiß-Denken“ führt.
- Ein weiterer Aspekt sind Gefühle von Langeweile und innerer Leere, von denen Menschen mit der Borderline-Störung betroffen sind.
- Einen anderen Punkt stellt die niedrige Stresstoleranz dar, die in Form von „Dissoziationen“ ausgelebt wird (vgl. Rahn 2010b, S.51f.).

Eine genauere Beschreibung des Störungsbildes und die diagnostischen Kriterien werden im Punkt 2.3. „Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung“ genannt.

## **2.2. Die Person, die Persönlichkeit, die Persönlichkeitsstörung**

Die Borderline-Störung zählt zur Kategorie der Persönlichkeitsstörungen. Nach Rahn (vgl. 2010a, S.16f.) besitzt eine Person über viele unterschiedliche angeborene, aber auch erlernte Fähigkeiten, die einem Menschen durch deren individuelle Kombination Einzigartigkeit verleihen. Unter dem Begriff Persönlichkeit ist aber nicht die Einbeziehung all dieser Merkmale und Fähigkeiten gemeint, sondern vor allem die besonders ausgeprägten Züge und Eigenschaften zur Charakterisierung einer Person. Durch die Verbindung dieser Besonderheiten entsteht sowohl ein subjektives (wie sehe ich mich selbst), als auch ein objektives (wie sehen mich andere) Bild von einem Menschen. Eine Person wird im alltäglichen Leben also nicht vollständig, sondern immer mit reduzierten Merkmalen seiner/ihrer Person beschrieben. Dies ist auch bei Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung der Fall. Die Borderline-Störung ist demnach also keine Störung der Persönlichkeit, da es sich in erster Linie um eine Bewertung der hervorgehobenen Merkmale handelt.

Individuen verfügen, wie bereits erwähnt, über wesentlich mehr Fähigkeiten, als für die jeweilige Charakterbeschreibung erforderlich sind. Bei der Bewältigung unterschiedlicher

Herausforderungen greift der Mensch auf diese bereits erlernten bzw. verfügbaren Möglichkeiten zurück. Dieses Repertoire an Optionen nennt man ‚Skills‘. Können diese Möglichkeiten nur ungenügend angewandt werden, oder treten in über-entwickelter Form auf, ist eine adäquate Bewältigung von unterschiedlichen Lebenssituationen nicht vollständig möglich. Trifft dies über einen längeren Zeitraum hinweg zu, können vor allem in Kombination mit Stress verschiedene Krankheitsmerkmale und demnach Persönlichkeitsstörungen entstehen (vgl. ebd., S.17f.).

### **Allgemeine Kriterien von Persönlichkeitsstörungen:**

Die Weltgesundheitsorganisation schreibt den „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen die nun folgenden Merkmale zu:

*„G1. Die charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster der Betroffenen weichen insgesamt deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten (<<Normen>>) ab. Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:*

- Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen, Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)*
- Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)*
- Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung*
- Die Art des Umganges mit anderen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen*

*G2. Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist (nicht begrenzt auf einen speziellen auslösenden Stimulus oder eine bestimmte Situation).*

*G3. Persönlicher Leidensdruck, nachteiliger Einfluss auf die soziale Umwelt oder beides, sind dem unter G2 beschriebenen Verhalten zuzuschreiben.*

*G4. Nachweis, dass die Abweichung stabil, von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat.*

G5. Die Abweichung kann nicht durch das Vorliegen oder die Folge einer anderen psychischen Störung [...] geklärt werden [...].

G6. Eine organische Erkrankung, Verletzung oder deutliche Funktionsstörung des Gehirns müssen als mögliche Ursache für die Abweichung ausgeschlossen werden [...]“ (WKO 2011, S. 155f.).

Auch hier ist angeführt, dass es Abweichungen der inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster“ sind, die eine Persönlichkeitsstörung ausmachen.

Im nächsten Punkt soll nun speziell auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen werden. Andere Subtypen wie die paranoide, die schizoide, die dissoziale, die histrionische, die anakastische, die ängstlich (vermeidende), oder die abhängige Persönlichkeitsstörung werden nicht näher beschrieben.

### **2.3. Die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Wie schon in Kapitel 1.7 (Diagnostiksysteme der Psychiatrie) angeführt, kann die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch das *Diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen* (DSM) und die *internationale Klassifikation psychischer Störungen* (ICD) diagnostiziert werden. Die Kriterien der jeweiligen Modelle werden nun angeführt:

#### **2.3.1. Klassifizierung nach DSM-5**

Nach dem Klassifikationssystem der *American Psychiatric Association* wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.3) als ein „tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität“, beschrieben. Der Beginn der Erkrankung liegt dabei im frühen Erwachsenenalter, Anzeichen können sich nach Falkai und Wittchen (vgl. 2015, S. 367f.) in verschiedenen Lebenssituationen zeigen.

Im Rahmen der ‚operationalisierten Diagnostik‘ sind neun Kriterien entwickelt worden. Für die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung müssen mindestens fünf der nun folgenden Kriterien erfüllt sein (vgl. Rahn 2010a, S. 44f.):

- „Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind).
- Ein Muster instabiler und intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
- Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzenmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Essanfälle“). (Beachte: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind).
- Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
- Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmung gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
- Chronische Gefühle von Leere.
- Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ (Falkai/Wittchen 2015, S.367f.).

### 2.3.2. Klassifizierung nach ICD-10

Laut der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) gibt es zwei unterschiedliche Formen der sogenannten ‚emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen‘. Darunter gehört zum einen der *impulsive Typ (F60.30)* und zum anderen der *Borderline Typ (F60.31)*. Bei beiden ist die Neigung zu impulsivem Verhalten und fehlender Selbstkontrolle kennzeichnend. Neben der emotionalen Instabilität und der mangelnden Selbstkontrolle neigt der impulsive Typ auch zu gewaltbereiten und bedrohlichen Verhaltensweisen (vgl. Fiedler 2007, S.174). Die Kriterien der jeweiligen Typen werden nun beschrieben:

### Impulsiver Typ:

- *„deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln*
- *deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden*
- *Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens*
- *Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden*
- *unbeständige und launische Stimmung.*

### Borderline Typ:

- *Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und <<inneren Präferenzen>> (einschließlich sexueller)*
- *Neigung sich auf intensive aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen*
- *übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden*
- *wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstschädigung*
- *anhaltende Gefühle von Leere“ (WHO 2011, S.158).*

Damit eine Diagnose erfolgen kann, müssen zunächst die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Zudem müssen drei Punkte der Kategorie F60.30 (impulsiver Typ) und mindestens zwei aus Kategorie F60.31 (Borderline Typ) zutreffen (vgl. WHO 2011, S.158). Die angeführten Kriterien in den Klassifikationssystemen DSM und ICD weisen in deren Darlegung Unterschiede auf. Aus diesem Grund wird in der praktischen Anwendung empfohlen, beide Modelle zu verwenden, da sie sich gut ergänzen (vgl. Fiedler 2007, S.125).

## **2.4. Spezifische Problemstellungen im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Wie zuvor in den diagnostischen Kriterien beschrieben, können im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Reihe von Symptomen auftreten. Auf einige dieser soll nun näher eingegangen werden.

### 2.4.1. Selbstverletzendes Verhalten

Selbstverletzungen beinhalten eine große Bandbreite an selbstschädigendem Verhalten. Darunter fallen unter anderem auch Formen, die von verschiedenen Kulturen akzeptiert werden, wie es beispielsweise auch bei verschiedenen Arten der Körperkunst (sowie Piercings, Tätowierungen), oder dem Tabakkonsum der Fall ist. Auch beim Ausüben von extremen Sportarten kann dem eigenen Körper Schaden zugefügt werden, um Grenzleistungen zu erbringen. Die Beweggründe für dieses Verhalten fallen jedoch sehr unterschiedlich aus. Ein Grund ist das Bedürfnis, Gefühle und Emotionen zu regulieren. Durch selbstschädigendes Verhalten werden im Körper „Neurotransmitter“ aktiviert und „Endomorphine“ freigesetzt. Dies führt, wie auch bei der Einnahme von Medikamenten dazu, dass es zu Veränderungen der Gefühlslage kommt. Dabei steht bei Betroffenen in erster Linie die Lösung der Spannungsgefühle im Vordergrund, als das Empfinden von Schmerz. Das ist auch der Grund dafür, dass viele Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung diese Art des Druckabbaus bewusst wählen (vgl. Rahn 2010a, S.67f.). Häufige Formen der Selbstverletzung bei Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind:

- Schnitte durch Messer, Glasscherben oder Rasierklingen
- Verletzungen durch Kratzen sowie dem Aufkratzen alter Wunden
- Fingernägel bis zum Nagelbett abbeißen
- Ausreißen der eigenen Haare
- Mit dem Kopf gegen Objekte schlagen (z.B. Wand, Tisch, etc.)
- Einnahme von Arzneimitteln oder chemischen Substanzen
- Betreibung von Sport bis zur völligen Erschöpfung
- Verweigerung von Nahrungsmitteln bis zum Zusammenbruch

- Sich selbst attackieren in Form von Schlägen (vgl. Baumann o.J; o.S.).

#### 2.4.2. Chronische Suizidalität

Bei Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung beinhaltet die chronische Suizidalität oft dieselbe Funktion wie bei selbstschädigendem Verhalten, nämlich die Gefühlsregulation. Nebensächlich wirken dabei Störungen der Selbstwahrnehmung und die empfundene Unzufriedenheit, die damit verbunden werden kann. Werden parasuizidale Handlungen (bezogen auf die Gefühlsregulation) als positiv empfunden, kann eine sogenannte chronische Suizidalität entstehen (vgl. Rahn 2010a, S.70ff.). Dabei geht es nicht immer um eine „Selbsttötungsabsicht“. Trotzdem geht die Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einem Risiko des Suizids einher. Die chronische Suizidalität ist weit verbreitet und beschreibt mehrfach vorkommende Gedanken an den Tod und den damit verbundenen Wunsch zu sterben. Diese Vorstellungen können so intensiv sein, dass das alltägliche Leben weitgehend davon beeinflusst wird (vgl. Rahn 2010b, S113f.). Der Bezug zum gegenwärtigen Dasein verliert an Wert und Graustufen (Schwarz-Weiß-Denken) werden nicht mehr wahrgenommen (vgl. Rahn 2010a, S.70). Diese Gedanken und Emotionen erhöhen weiterfolgend auch die vorhandene Gefahr der Selbsttötung. Auch wenn solche Gefühlslagen schon des längeren vorhanden sind, stellen sie ein Warnzeichen dar und müssen auf jeden Fall ernst genommen werden (vgl. Rahn 2010b, S.114.).

Selbstschädigendes Verhalten und Suizidalität zählen zum Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung und haben oftmals Einschränkungen der Lebensqualität zur Folge. Darunter fällt zum Beispiel die Lebenszufriedenheit, denn diese sinkt bei auftretenden Verhaltensweisen wie Selbstschädigung oder stark wechselnden Stimmungslagen (vgl. ebd., S.125f.).

#### 2.4.3. Mangelnde Impulskontrolle

Unter mangelnder Impulskontrolle werden unter anderem Handlungen verstanden, die sehr spontan erfolgen, an mögliche Konsequenzen wird meist nicht gedacht. So geraten lang- und mittelfristige Ziele auch häufig aus dem Blickfeld, Vorhaben werden nicht mehr durchgeführt, was

weiterfolgend dazu führt, dass das eigene Tun als erfolglos angesehen wird (vgl. Rahn 2010b, S.130).

#### 2.4.4. Instabile Beziehungen

Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung führen häufig sehr angespannte zwischenmenschliche Beziehungen, die durch eine rasch wechselnde Form zwischen Idealisierung und Abwertung des Partners/der Partnerin gekennzeichnet sind. Oft entsteht eine Abhängigkeit zum/zur BeziehungspartnerIn, der/die solange verherrlicht wird, bis Anliegen nicht ausreichend zufrieden gestellt werden. Stößt der/die Betroffene auf Abweisung oder wird enttäuscht, kann die Idealisierung ganz schnell in eine abwertende Haltung übergehen, ohne sich jedoch von demjenigen Mitmenschen loslösen zu können. Kommt es zu einer Auseinandersetzung, verfällt die Person mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in eine verweichlichte und wehrlose Rolle und neigt oftmals zu Selbstgefährdungen und Suizidandrohungen, oder sogar zu Selbsttötungsversuchen (vgl. Stangl 2006, o.S.). Somit sind soziale Beziehungsmuster häufig geprägt durch Disharmonien, Konflikte und häufige Beziehungsabbrüche, welche nicht selten durch Störungen der Kommunikation verursacht werden. Ebenso Schwarz-Weiß-Denken, niedriges Selbstvertrauen und übermäßige Betonung von Wertvorstellungen können zu Zurückweisungen im Beziehungskontext führen. Ein wichtiges Ziel ist es deshalb, einen stimmigen Kommunikationsstil zu erlernen, in dem die eigene Betrachtungsweise und Interessen ausgedrückt werden können, aber auch die Belange der anderer Menschen Berücksichtigung finden. Nur so ist es möglich, sowohl die eigenen Ziele, als auch die Erwartungen anderer in Balance zu bringen. Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei auch, Selbstwert zu entwickeln, denn nur so ist es möglich, auch dem Gegenüber Achtung und Wertschätzung entgegenzubringen (vgl. Hahn 2010b, S.135). Kreisman und Straus (vgl. 2011, S.148f.) empfehlen ein dreiteiliges Kommunikationssystem, in dem Menschen mit der Borderline-Störung im Gespräch sowohl Unterstützung, Mitgefühl aber auch Ehrlichkeit erfahren sollen. Rösel (vgl. 2012, S.64) empfiehlt zu dem die „gewaltfreie Kommunikation“ nach M.B. Rosenberg.

#### 2.4.5. Stress und Krisen

Auf Grund der emotionalen Instabilität können Personen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung häufiger in stressverursachende Situationen geraten. Die psychische Labilität erschwert es zudem, geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Jedoch gibt es viele Möglichkeiten, um Stress zu reduzieren oder diesem Zustand vorzubeugen. Förderlich kann die Analyse der eigenen Emotionen und der achtsame Umgang mit körperlichen Empfindungen sein. Zudem ist es aber auch notwendig, unterschiedliche Möglichkeiten auszuprobieren, die dabei helfen sollen, Gefühle zu regulieren oder adäquate Reaktionen zu ermöglichen.

Krisen entstehen, wenn Probleme oder schwierige Situationen nicht angemessen bewältigt werden können. Wird dies durch die mangelnde Kompetenz, mit Stress umzugehen, begleitet, können auch länger anhaltende Krisensituationen entstehen. Aus diesem Grund gilt darauf zu achten, wie schwierige Lebensumstände gemeistert werden können und des Weiteren zu versuchen, dauerhaften Krisen entgegenzuwirken.

Wie schon im vorherigen Punkt „Instabile Beziehungen“ beschrieben, ist es oftmals schwierig, eine dauerhaft tragfähige Beziehung zu Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzubauen. Aus diesem Grund ist es für die Unterstützungsarbeit ratsam, einen sogenannten *Krisenplan* auszuarbeiten. Zudem ist es hilfreich, verschiedene Vorgehensweisen zu finden, mit denen sich Betroffene in Krisensituationen *ablenken* können. Ablenkung hat zur Folge, dass die emotionale Befindlichkeit verändert werden kann, auch können Methoden zur Entspannung eingesetzt werden (vgl. Hahn 2010b, S.139f.).

### **2.5. Begleiterkrankungen der Borderline-Störung**

Zusammenhängend mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung können auch noch weitere psychische Erkrankungen zusätzlich zur Grunderkrankung auftreten, oder Folge dieser sein. In diesem Fall spricht man von einer „komorbiden Störung“. Besonders häufig finden sich Störungen, bei denen Emotionen (wie beispielsweise Depressionen oder Angst) vorkommen. Auf Grund der mangelnden Impulskontrolle sind auch Krankheiten wie Essstörungen oder Substanzenmissbrauch nicht selten. Da viele Menschen mit der Borderline Persönlichkeitsstörung im Laufe ihres Lebens auch Erfahrung mit „Vernachlässigung, Gewalt und sexuellem Missbrauch“

machen mussten, können auch Traumata die Folge dieser Erlebnisse sein (vgl. ebd; S.144). Nähere Informationen dazu werden im Punkt 2.5.3. „Traumata“ genannt.

### 2.5.1. Essstörungen

Es gibt unterschiedliche Störungen bezogen auf das Essverhalten. Bei der ‚Anorexie‘ steht das bewusste „Hungern“, also die Essensverweigerung, im Fokus. Bei der ‚Bulimie‘ werden zunächst große Mengen an Lebensmitteln verspeist, welche danach meist wieder erbrochen werden. Bei der ‚Binge-Eating-Störung‘ kommt es zu plötzlichen Essanfällen, obwohl Betroffene sonst in geregelten Verhältnissen Nahrung zu sich nehmen. Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden sehr häufig an Bulimie, da die mangelnde Impulskontrolle beide Erkrankungen miteinander verbindet. Wie auch bei anderen Erkrankungen stehen häufig die Symptome im Mittelpunkt der Wahrnehmung. Dies hat zur Folge, dass Hunger- und Sättigungsgefühl nach und nach verloren gehen. Abläufe und Essensrituale verändern sich, was häufig auch mit gesundheitlichen Folgen verbunden ist. Teil der Unterstützungsarbeit ist es, mit den Betroffenen ihren natürlichen Essensrhythmus wieder zu finden. So kann es beispielsweise hilfreich sein, „Essenspläne“ zu erstellen, damit sich Essgewohnheiten wieder normalisieren können (vgl. Rahn 2010b, S.146f.).

### 2.5.2. Drogen und Alkohol

Viele Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind von Abhängigkeiten verschiedener Suchtmittel wie Alkohol, Drogen oder Medikamenten betroffen (vgl. Röhr 2006, S.156). Zu Beginn wird der Konsum als positiv empfunden, da Spannungsgefühle weniger werden und das Wohlbefinden steigt. Führt der Gebrauch jedoch zur Abhängigkeit, entstehen Symptome die der Borderline-Störung ähneln, wie beispielsweise Wutanfälle oder Gewalthandlungen (vgl. Rahn 2010b, S.148ff.). Wenn es um die Behandlung geht, steht zunächst die Suchterkrankung im Vordergrund, da diese mit höheren Risiken verbunden ist. Erst nach erfolgreicher Abstinenz werden die Borderline-Symptomatiken therapiert (vgl. Rahn, 2010a, S.80).

### 2.5.3. Traumata

Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Laufe ihres Lebens traumatische Erfahrungen machen, ist laut Rahn (vgl. 2010b, S.151) sehr hoch. Hierbei werden Erlebnisse gemacht, die so schwerwiegend sind, dass Betroffene nicht ausreichend darauf reagieren bzw. diese Situationen bewältigen können. Es entsteht ein Gefühl von Ohnmacht. Nicht nur der zeitliche Faktor der traumatischen Situation spielt eine Rolle, sondern auch der Stand der Entwicklung einer Person, deren Resilienz und die Form des sozialen Beistands, der in Anspruch genommen werden kann. Die häufigsten Traumata im Leben von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung entstehen durch Gewalterfahrungen. Diese können sowohl körperlich, psychisch, aber auch in sexueller Hinsicht erlebt worden sein. Oftmals geht der gewalttätige Übergriff von einer Person aus, die dem Opfer vertraut ist. Dies führt zu einem „emotionalen Dilemma“, da eine positive Emotion mit einer negativen verbunden wird. Die Angst, einer Person zu vertrauen und dieser nahe zu sein, sind die Folge davon (vgl. ebd; S.151f.).

## **2.6. Die therapeutische Behandlung**

Nach Fellner (vgl. 2017, o.S.) spielt die Psychotherapie zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine wichtige Rolle. Auch nach Depner (vgl. o.J; o.S.) ist „Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie [...] das Mittel der Wahl“. Je nach Ausmaß der Beschwerden kann zu Beginn auch eine medikamentöse Therapie zur Unterstützung des Heilverfahrens erfolgen (vgl. Fellner 2017, o.S.). Die Verschreibung von Psychopharmaka dient jedoch nur zur Minderung symptomatischer Beschwerden (wie beispielsweise Schlafstörungen, Depressionen usw.) nützlich (vgl. Depner o.J; o.S.). In schwierigeren Fällen kann vorerst auch ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik notwendig sein. Zutreffend ist dies bei:

- „Selbst- oder Fremdgefährdung
- psychotischen oder psychosenahen Symptomen
- schwierigen familiären oder sozialen Verhältnissen
- zur Vorbereitung auf eine ambulante Psychotherapie
- zur Abklärung weiterer Maßnahmen

- bei schwerwiegenden Problemen oder Konflikten im sozialen Umfeld
- bei zusätzlich vorhandener Suchtproblematik“ (Fellner 2017, o.S.).

Therapeutische Hilfe kann „ambulant, teil- oder vollstationär“ stattfinden. Gute Erfolgsfaktoren zeigen dabei kognitive und verhaltensverändernde Therapieformen, wie es beispielsweise bei der „Dialektisch-behavioralen Therapie“ (DBT) der Fall ist (vgl. Depner o.J; o.S.). Diese Therapieform baut auf dem emotionalen Ungleichgewicht der KlientInnen auf. Trainiert werden unter anderem soziale Fähigkeiten, der Umgang mit Krisen oder Situationen, in denen sich Unwohlsein bemerkbar macht (vgl. Rahn 2010b, S.167). Ziel ist es, Achtsamkeit, sowohl bezogen auf das eigene Innenleben, wie auch in der Außenwelt, zu erlernen. Durch achtsames Verhalten kann die Wahrnehmung gefördert werden, ist erstmals eine komplexere Form des Wahrnehmens möglich, kann dies dem „Schwarz-Weiß-Denken“ entgegenwirken, was weiterführend dazu beiträgt, dass auf diverse Geschehnisse adäquater reagiert werden kann. Des Weiteren spielt auch die Annahme und Akzeptanz der eigenen Gefühlswelt eine zentrale Rolle, auch kann die Fähigkeit, mit anderen angemessen zu kommunizieren, trainiert werden (vgl. Depner o.J; o.S.). Es soll erlernt werden, sich in der sozialen Umwelt passend zu verhalten und mit alltäglichen Herausforderungen besser fertig zu werden (vgl. Fellner 2017, o.S.).

Das Aufsuchen eines/einer TherapeutIn ist (neben dem bio-psycho-sozialen Ansatz der Versorgung, einer möglichen medikamentösen Therapie und dem Aufarbeiten sozialer Schwierigkeiten) ein weiterer komplementärer Schritt in Richtung psychische Stabilität. Dazu lassen sich in der Steiermark beispielsweise über die Internetseiten „Netzwerk Psychotherapie Steiermark“, „psyonline.at“, oder „stlp.at“ eine Vielzahl an gut ausgebildeten TherapeutInnen finden. Es gibt eine große Anzahl an PsychotherapeutInnen mit eigener Praxis. Für finanzschwache Personen besteht ebenso die Möglichkeit, teil- oder vollfinanzierte Therapieeinheiten (= „Psychotherapie auf Krankenschein“) zu erlangen, da die steiermärkischen Krankenkassen jährlich einen Beitrag von etwa 100.000 Therapiestunden bereitstellen (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, S.34).

Da nun eine ausführliche Beschreibung der Borderline-Erkrankung erfolgt ist, soll im nächsten Kapitel näher auf die Möglichkeiten sozialpsychiatrischer (Wohn-)versorgung eingegangen werden.

### **3. Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung**

Auf Grund der Psychiatriereform in den 70er Jahren, werden Menschen mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen außerhalb von Akutsituationen nun nicht mehr dauerhaft in stationären psychiatrischen Kliniken untergebracht, sondern haben die Möglichkeit, in ihrer sozialen Lebenswelt bedarfsgerechte Unterstützung zu finden (vgl. Plattform Psyche 2012, S.8). Der nun folgende Punkt soll eine Übersicht der unterschiedlichen Bereiche sozialpsychiatrischer Unterstützungsmöglichkeiten in der Steiermark bieten. Im Anschluss wird näher auf die verschiedenen Formen des Betreuten Wohnens eingegangen, deren Rahmenbedingungen und es erfolgt überdies eine Auflistung der psychosozialen Träger und der verschiedenen Wohnangebote im Raum Graz.

#### **3.1. Psychosoziale Versorgungsleistungen in der Steiermark**

Unter „psychosozial“ lassen sich Umstände verstehen, welche „die Psyche und das Sozialverhalten (die soziale Interaktion) betreffen“ (vgl. Antwerpes 2017b, o.S.). Das psychosoziale Versorgungsnetz in der Steiermark lässt sich auf die nun folgenden Bereiche aufteilen:

- Die stationäre Vollversorgung

Die stationäre psychiatrische Vollversorgung erfolgt in Krankenhäusern und soll Menschen in akuten Krisensituationen dabei unterstützen, die gesundheitliche Stabilität wiederzuerlangen. Ein Krankenhausaufenthalt ist häufig auch bei medikamentöser Einstellung von Nutzen, oder wenn ein längerfristiger Betreuungs- bzw. Beobachtungszeitraum erforderlich ist. In der Steiermark kann die stationäre Aufnahme an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, im LKH Süd-West, Standort Süd, oder im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz erfolgen.

- Die Tagesklinik

Darunter versteht sich ein Institut, in welchem Menschen mit psychischer Beeinträchtigung über den Tag hinweg psychotherapeutisch betreut und behandelt werden. Den Betroffenen stehen zudem alle psychiatrischen Mittel, welche auch in einer Klinik zur Verfügung stehen, bereit.

Abends befinden sich die Betroffenen jedoch wieder in ihrem sozialen Umfeld (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, S.12). In der Steiermark gibt es die Psychiatrische Tagesklinik PS1, die sich im Landeskrankenhaus Graz Süd-West, Standort Süd, befindet. Angeboten wird eine medizinische und psychotherapeutische Behandlung, die individuelle Strukturierung des Tages (Haushalt, Kochen, Beschäftigung, Freizeit), Psychoedukation, Diagnostik, Unterstützung durch SozialarbeiterInnen und PädagogInnen, Ergotherapie und Möglichkeiten für Tanz-, Musik-, Sport- und Physiotherapieeinheiten (vgl. LKH Graz Süd-West 2006, S.2).

- **Betreute Wohnformen**

In der sozialpsychiatrischen Versorgung lassen sich unterschiedliche Angebote des Betreuten Wohnens finden. Stattfinden kann dies in Wohnhäusern, in Wohngemeinschaften, oder durch die Betreuung in Einzelwohnungen (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, S.12ff). Der Themenbereich „Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung“ wird in weiterer Folge noch ausführlicher behandelt.

- **Die mobile sozialpsychiatrische Betreuungsarbeit**

Menschen mit psychischer Erkrankung werden in ihrem sozialen Umfeld bedarfsorientiert unterstützt und begleitet. Wesentlich bei dieser Betreuungsform ist dabei die Betreuung in der eigenen Wohnung der KlientInnen (vgl. Land Steiermark 2013, S.105).

- **Der Bereich Arbeit**

Hier reicht die Angebotspalette von der Assistenz am Arbeitsplatz, über das Arbeitstraining, Ausbildungen, die Wiedereingliederung bis hin zur Abklärung rechtlicher Fragen, Zuverdienst-Möglichkeiten, aber auch spezielle Formen der Anstellung (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, S.13).

- **Tagesstrukturen**

Wichtig bzw. förderlich für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist das Vorhandensein einer strukturierten Tagesordnung. Hierfür gibt es Einrichtungen, welche Beschäftigungs- und Gruppentherapien anbieten. Ebenso besteht für die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, sich

lebenspraktische Fähigkeiten anzueignen, oder an einer gemeinsamen Freizeitgestaltung zu arbeiten.

- Psychosoziale Beratungsstellen

Psychosoziale Beratungsstellen bieten akute Hilfeleistung, therapeutische Einzel- sowie Gruppengespräche an, aber auch Besuche in der Wohnung der betroffenen und angehöriger Personen können erfolgen. Ebenso wird versucht, zu koordinieren und Vernetzungsarbeit, sowohl mit dem öffentlichen, als auch mit dem privaten Lebensfeld der KlientInnen, zu ermöglichen, sofern dies erforderlich ist.

- Die ehrenamtliche Sozialbegleitung

Die ehrenamtliche Begleitung kann bei der Bewältigung des Alltags Unterstützung leisten. Ebenso besteht das Angebot zu gemeinsamen Freizeitaktivitäten. Menschen mit psychischer Erkrankung haben hierbei nicht nur die Möglichkeit, regelmäßig in Kontakt mit der anderen Person zu treten, sondern auch wieder Beziehungsfähigkeit zu erlernen und Vertrauen aufzubauen.

- Spezialangebote

Weitere Angebote umfassen beispielsweise Sportangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung. Ebenso zählt der forensische Bereich dazu (vgl. ebd, S.12f.), in dem straffällig gewordene Menschen mit psychischer Erkrankung begleitet und betreut werden (vgl. Plattform Psyche Steiermark 2018, o.S.).

Die nun folgende Grafik gibt einen Überblick über die vorhandenen steiermärkischen Versorgungsangebote für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im Jahr 2015. Die Farbe grün kennzeichnet psychosoziale Beratungsstellen. Gelb steht für betreute Wohnformen, orange für die mobile sozialpsychiatrische Betreuung, rot für Unterstützungsleistungen im Bereich Arbeit, hellblau für Tagesstrukturen, dunkelblau für das Vorhandensein einer Tagesklinik und violett für die Möglichkeit der ehrenamtlichen Sozialbegleitung.

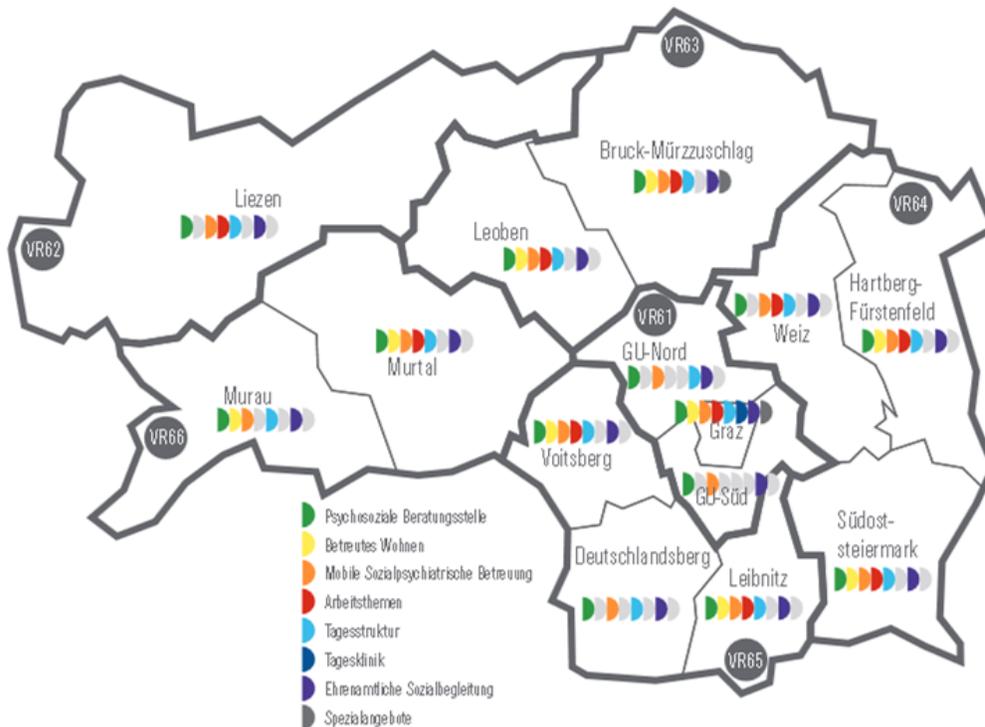


Abbildung 5: Versorgungsangebote für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in der Steiermark  
 (Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark 2016, S.8)

Während in der Stadt alle Bereiche abgedeckt werden können, lässt sich vor allem in Graz-Umgebung ein geringeres Angebot an zur Verfügung stehenden Angeboten feststellen. Beratungsstellen und mobile sozialpsychiatrische Dienste können hingegen in jedem Bezirk bereitgestellt werden.

Statistiken zeigen eine beständige Zunahme der KlientInnen in der „außerstationären Versorgung“ (gemeint sind hierbei alle Hauptaufgabenbereiche, ausgenommen sind der ehrenamtliche Dienst und Spezialangebote). Von beispielsweise 15.056 Personen, welche die psychosoziale Versorgung im Jahr 2008 in Anspruch nahmen, erfolgte ein Zuwachs auf 19.211 Personen im Jahr 2012 (vgl. Gesundheitsplattform Steiermark 2012, S.22) und ein weiterer Anstieg auf 21.011 Personen im Jahr 2015 (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, S.17).

Eine weitere Grafik bietet einen Überblick über den Ausbaustand der sozialpsychiatrischen Versorgungslage im Jahr 2015 in der Steiermark. Während auf der x-Achse (horizontal) die verschiedenen Versorgungsbereiche genannt werden, finden sich auf der y-Achse (vertikal) aufsteigend die Prozentangaben von 0 bis 100.

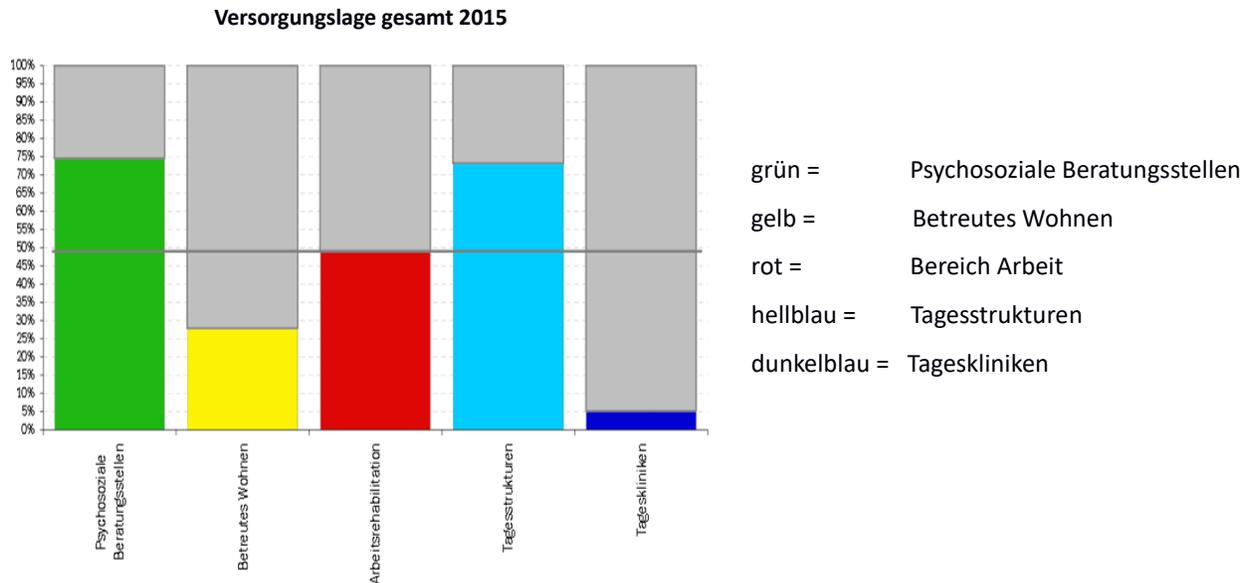
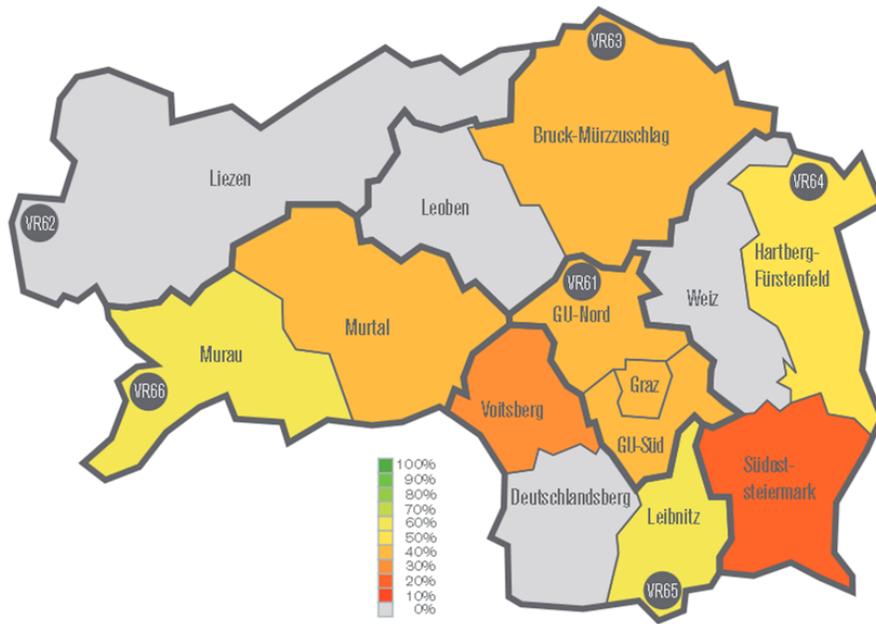


Abbildung 6: Ausbaustand der sozialpsychiatrischen Versorgungslage 2015 (Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark 2016, S.19).

Der Ausbaustand beim Betreuten Wohnen liegt laut abgebildeter Grafik bei 27% Versorgungsdichte (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2016, S.20). Sichtbar wird, dass es in der Steiermark (die Tagesklinik ausgeschlossen), besonders an betreuten Wohnformen für Menschen mit psychischer Erkrankung mangelt.

Dies unterstreicht ebenso die nachfolgende Abbildung, in welcher es um die Versorgungssituation des „Betreutes Wohnens“ geht. Darunter fallen Voll- aber auch Teil(zeit)betreute Wohnformen. Die mobile sozialpsychiatrische Betreuung ist nicht miteinbezogen. Die unterschiedlichen Farben veranschaulichen die Versorgungslage. Während Grau (0%) für eine nicht vorhandene Abdeckung des Wohnangebotes steht, würde dunkles Grün (100%) für eine bedarfsgerechte Versorgung stehen.



„Beinahe alle steirischen Versorgungsregionen sind massiv unterversorgt, was – über alle steirischen Bezirke hinweg – eine Gesamtversorgungsquote von nur 27% begründet“ (ebd., 2016, S.73).

Abbildung 7: Versorgungssituation: Betreutes Wohnen (Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark 2016, S.73).

Nach Empfehlung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen sollten pro 10.000 Einwohner, sieben Plätze für KlientInnen zu Verfügung gestellt werden (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, S.20). In der Steiermark konnten im Jahr 2015 ca. 1.232.012 Einwohner gezählt werden. Die Zahl der belegten Wohnplätze (Ist-Stand) lag bei 239. Dies bedeutet weiterfolgend, dass der Soll-Stand (= 7 Wohnplätze/10.000 EW) jedoch bei 862 betreuten Plätzen (unterschiedlichen Ausmaßes bezogen auf die Intensität) liegen müsste.

Die Folge der Unterversorgung des Wohnangebots im sozialpsychiatrischen Bereich ist, dass es für Menschen mit psychischer Erkrankung in vielen Fällen zu einer Verlängerung des stationären Aufenthaltes (also der Unterbringung im Krankenhaus) kommt (vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2016, S.72f.).

Betrachtet man den finanziellen Aspekt, liegt der Tagessatz der amtlichen Pflegegebühren beispielsweise auf der Psychiatrie im Landeskrankenhaus Graz Süd-West, Standort Süd (ehemaliges LSF), bei ca. 395,90 Euro pro Tag (vgl. RIS, 2019, o.S.). Wie im Entgeltkatalog unter „Sozialpsychiatrischen Leistungsarten“ ersichtlich ist, betragen die Tagessätze der Wohnversorgung innerhalb der Vollzeitbetreuung (136,36 Euro), der Teilzeitbetreuung

(108,71Euro) und dem Wohnen in Wohngemeinschaften (61,32 Euro) um einiges weniger (vgl. LEVO 2017, S.1).

### **3.2. Betreute Wohnformen**

Betreutes Wohnen wird in Österreich nicht einheitlich definiert. So gibt es je nach Region und Einrichtung Unterschiede in den Ansätzen, in der Methodenauswahl und in den inhaltlichen Normen. Vereinfacht lässt sich jedoch sagen, dass unter dem Begriff „Betreutes Wohnen“ Wohnangebote gemeint sind, in denen unterschiedlichen Zielgruppen (zum Beispiel ältere Personen, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, Menschen mit Behinderung, Jugendliche usw.) bedarfsgerechte Unterstützung von SozialarbeiterInnen, PädagogInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen und Pflegepersonal angeboten wird (vgl. Antwerpes 2017a, o.S.).

In der sozialpsychiatrischen Versorgung lassen sich unterschiedliche Angebote des Betreuten Wohnens finden. Menschen mit psychischer Erkrankung sollen die Möglichkeit zur Begleitung und Betreuung bekommen, so lange und umfassend wie es erforderlich ist (Gesundheitsfonds Steiermark 2016, S.72). Ziel ist es, betroffene Personen zu fördern, so dass es ihnen möglich wird, ihr Leben möglichst eigenständig zu bewerkstelligen (vgl. Antwerpes 2017a, o.S.).

Betreute Wohnformen bieten je nach Bedürfnislage unterschiedliche Unterstützungsleistungen an, welche sich in Österreich nach der Leistungs- und Entgeltverordnung - LEVO richten. Hierbei handelt es sich um die „Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung [...] über die Festlegung von Leistungen und Leistungsentgelten sowie Kostenzuschüssen nach dem Steiermärkischen Behindertengesetz“ (Bundeskanzleramt Österreich 2017a, o.S.). Im weiteren Verlauf soll dabei näher auf die sozialpsychiatrischen Leistungsarten eingegangen werden. Diese sind unterteilt in:

## Stationäre Leistungen:

- **Vollzeitbetreutes Wohnen**

Das vollzeitbetreute Wohnen richtet sich an volljährige Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung, welche ein möglichst hohes Maß an Betreuung (Tag- und Nachtdienst stehen täglich zur Verfügung) benötigen. Das jeweilige Zeitkontingent richtet sich jedoch nach den zu betreuenden Personen selbst. Ziel ist es, eine „Stabilisierung und Verbesserung von psychischem und sozialem Wohnbefinden“ zu ermöglichen. Stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern sollen dadurch reduziert werden (vgl. Land Steiermark 2013, S.78f.)

- **Teilzeitbetreutes Wohnen**

Ebenso wie in den beiden anderen Betreuungsformen, richtet sich das Teilzeitbetreute Wohnen an volljährige Personen (mindestens 18 Jahre) mit psychischer Erkrankung. Im Vergleich zum Vollzeitbetreuten Wohnen, ist es bei einer Teilbetreuung jedoch von Nöten, dass den BewohnerInnen zumindest ein gewisses Maß an Selbstständigkeit zur Verfügung steht, da hier die Betreuung zwar auch täglich, jedoch nur tagsüber und meist in einer begrenzten Zeitspanne angeboten wird (vgl. ebd.; 2013, S.83f.).

- **Betreute Wohngemeinschaften**

Hier haben Menschen mit psychischer Erkrankung die Möglichkeit, in Wohngemeinschaften mit anderen betroffenen Personen zu leben. Zwei Mal wöchentlich finden sogenannte WG-Versammlungen statt. Die Einzelbetreuung ist bedarfsorientiert und wird individuell vereinbart (vgl. ebd., 2013, S.88ff.).

## Mobile Leistungen:

- **Mobile Betreuung**

Die mobile sozialpsychiatrische Betreuung zählt, nicht wie die beiden vorherigen Angebote als Wohnversorgung, sondern ist eine mobile sozialpsychiatrische Leistung, in der die Betreuung vor Ort (also in der eigenen Wohnung der zu betreuenden Person) und im sozialen Lebensfeld stattfindet. Die Intensität und das Betreuungsausmaß wird

bedarfsorientiert vereinbart und kann immer wieder angepasst werden (vgl. ebd., 2013, S.105).

### **3.3. Rahmenbedingungen des Betreuten Wohnens**

Gunda Schlichte (vgl. 2006, S.27) nennt einige Grundgegebenheiten, welche in einem Betreuten Wohnen berücksichtigt werden sollten. Diese werden nun dargestellt:

- „Jeder Ausgrenzung und Stigmatisierung soll entgegengewirkt werden“

Da es einer Diagnose bedarf, um in einer betreuten Wohnform Betreuungsanspruch zu beziehen, kann dies für einige Betroffene auf Grund der Erkrankung wiederholt bedeuten, in Stigmata zu fallen. Die unterschiedlichen Einrichtungen können darauf nur schwer Einfluss nehmen. Die betreuten Wohnformen unterstützen Menschen in vielfältigen Bereichen und bieten Wohnmöglichkeiten in der Stadt oder am Land an. Dadurch, dass die BewohnerInnen an verschiedenen Angeboten der näheren Umgebung teilnehmen und auch soziale Kontakte geschlossen werden können, wird versucht, der Ausgrenzung entgegenzuwirken.

- „Die Versorgung soll bedarfsgerecht und flexibel sein“

Damit ist gemeint, dass das Betreuungsausmaß je nach Bedarf und Situation angepasst werden kann. So soll es auch bei vereinbarten Betreuungsmaßnahmen noch möglich sein, Veränderungen oder Anpassungen vorzunehmen. Betreute Wohnformen sind zudem mit anderen Versorgungsanbietern vernetzt und können die BewohnerInnen delegieren.

- „Die Lebensqualität aller psychisch kranken Menschen soll sich verbessern“

Betreute Wohnformen sollen für alle Menschen zugänglich sein, auch denen, dessen Betreuung komplexer gestaltet werden muss. Sofern keine finanzielle Bedürftigkeit festgestellt wird, müssen Menschen die Kosten für das betreute Wohnen selbst entrichten.

- „Die Selbstständigkeit der einzelnen Person soll erhalten und gefördert werden“

Die BewohnerInnen werden aktiv in die Betreuungsinhalte miteinbezogen und haben im Betreuten Wohnen das Recht zur Einsicht in ihre Akten. Die Unterstützungsleistungen werden im Zusammenwirken zwischen der/dem BewohnerIn und der/dem BetreuerIn festgemacht. Die Rahmenbedingungen erlauben, dass ein inklusives, lebensweltorientiertes, am Bedarf gerichtetes und anpassungsfähiges Betreuungsausmaß ermöglicht wird, indem die Eigenständigkeit und Selbstbestimmung der BewohnerInnen (im Sinne von Empowerment) begünstigt oder aufrechterhalten werden soll (vgl. ebd; S.27f.). Viele Studien bestätigen, dass Personen, die selbstbestimmter am Leben teilnehmen, leichter mit Krisensituationen und gesundheitlichen Problemen fertig werden und sich besser fühlen, wenn sie ihr Leben aktiv beeinflussen und Entscheidungen selbst treffen können. Knuf (vgl. 2011, S.32f.) macht jedoch auf die Unterschiedlichkeit der Menschen und derer Bedürfnisse aufmerksam und teilt mit, dass sich bei weitem nicht alle Personen mehr Selbstbestimmung wünschen. In diesem Fall gilt darauf zu achten, dass aus Selbstbestimmung keine Pflicht wird, sondern Möglichkeiten geschaffen werden, damit BewohnerInnen in ihrer Entscheidungsfähigkeit unterstützen werden können, ohne sie zu überfordern (vgl. ebd. 2011, S.34f.).

Von Seiten der BetreuerInnen ist es erforderlich, sensibel, empathisch, verantwortungsbewusst und ehrlich im Umgang zu sein, um die BewohnerInnen darin zu unterstützen, an Hand der eigenen Ressourcen ihren Lebensweg zu meistern. Kommt es beispielsweise zur Einweisung in eine psychiatrische Klinik, die seitens des/der BeutreuerIn eingeleitet wurde, ist es notwendig, die Rückkehr in den eigenen Wohnraum einzuplanen. Beendigungen werden in der Betreuungsarbeit dann gesetzt, wenn es zu schwerwiegenden Grenzüberschreitungen kommt. Dazu zählen gewalttätiges Verhalten gegenüber den MitbewohnerInnen oder des Betreuungspersonals, anhaltende und nicht lösbare Suizidgefährdung und die andauernde Verweigerung der Betreuungseinheiten. Auch akute Abhängigkeit von Suchtmitteln kann zum Ausschluss des Wohnangebots führen. In diesem Fall gibt es aber niederschwelligere Versorgungsangebote, die in Anspruch genommen werden können (vgl. Schlichte 2006, S.27ff.).

### **3.4. Psychosoziale Träger und Wohnangebote im Raum Graz**

Folgend sollen Trägereinrichtungen und zur Verfügung stehende Angebote im Bereich „Betreutes Wohnen“ für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im Raum Graz genannt werden:

**- alpha nova Betriebsgesellschaft m.b.H.**

Teilzeitbetreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung,  
inklusive Wohngemeinschaft (vgl. alpha nova 2017, o.S.).

**- CARITAS**

„Haus Theresa“: Vollzeitbetreutes Wohnangebot für Frauen mit psychischer Beeinträchtigung,  
Voll- und Teilbetreutes Wohnen im Wohnhaus am Volksgarten für Männer und Frauen (vgl.  
Caritas. 2015, o.S.).

**- Miteinander leben**

Vollzeitbetreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.

**- pro mente Steiermark GmbH**

Teilzeitbetreutes Wohnen – Graz.

**- Die Schwalbe**

Wohn- und Beschäftigungsinitiative für Frauen in Lebenskrisen  
(vgl. Gesundheitsfonds Steiermark 2015, S.26f.).

**- Wohnplattform Steiermark**

Betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit psychischer Erkrankung,  
Teilzeitbetreutes Wohnen,  
Vollzeitbetreutes Wohnen,  
Vollzeitbetreutes Wohnen für alleinerziehende Mütter oder Väter  
mit psychischer Erkrankung,  
Vollzeitbetreutes Wohnen mit Tagesbeschäftigung (vgl. Wohnplattform o.J; o.S.).

Weitere Angebote der unterschiedlichen Träger finden sich auch noch in Hartberg, Fürstenfeld, in der Südoststeiermark, Leibnitz, Deutschlandsberg, Voitsberg, Leoben, Bruck, Mürzzuschlag, Murtal und Liezen.

Im nachstehenden Punkt soll nun näher auf die Voraussetzungen für eine Teilzeitbetreute Wohnform eingegangen werden.

### **3.5. Kriterien für eine Teilzeitbetreute Wohnform**

Die Rahmenbedingungen für betreute Wohnformen richten sich in Österreich nach der LEVO (= Leistungs- und Entgeltverordnung) des Landes Steiermark. Die folgend aufgelistete Leistungsbeschreibung für eine teilzeitbetreute Wohnform wurde wörtlich übernommen und wird nun dargestellt.

#### **Teilzeitbetreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen (TZW PSY)**

**Ziel:** Psychisch erkrankten Personen muss durch sozialpsychiatrische Betreuung ein möglichst eigenständiges und Integriertes Leben ermöglicht werden. Durch Hilfsangebote im lebenspraktischen und psychosozialen Bereich muss eine Stabilisierung und Verbesserung von psychischen und sozialen Wohlbefinden angestrebt werden. Die Förderung gesunder Persönlichkeitsanteile soll das Fortschreiten von Chronifizierungen verhindern. Dadurch haben stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken verringert zu werden. Heimaufenthalte vermieden und gegebenenfalls ein Übergang in eigenständigere Wohnformen ermöglicht zu werden.

#### **2. Leistungsangebot**

##### **2.1. GRUNDSÄTZE UND METHODISCHE GRUNDLAGEN**

Die sozialpsychiatrische Betreuung hat sich insbesondere an folgenden Grundsätzen zu orientieren:

- Integration (physisch, funktional und sozial)
- Kontinuität
- Prinzip der Normalisierung
- Prinzip der Wahrung der Intimsphäre
- Eigenverantwortung und Selbstständigkeit (Empowerment)
- Individualität
- Freiwilligkeit
- Verpflichtung der Verschwiegenheit
- Arbeit in einem Multiprofessionellen Team
- Beziehungsarbeit als tragendes Element
- Orientierung an der Salutogenese

## 2.2. GRUNDSÄTZE DER SOZIALPSYCHIATRISCHEN BETREUUNGSARBEIT

Die sozialpsychiatrische Betreuungsarbeit soll insbesondere durch Betreuung, Begleitung und Assistenz Folgendes fördern:

- Stärkung der Autonomie und Annäherung an das Ziel einer möglichst selbstständigen Lebensform
- Hilfestellung nach individueller Problemstellung und Krankheitsverlauf
- Erarbeitung eines individuellen Betreuungsplanes
- Erlernen eines angemessenen Umgangs mit der psychosozialen und/oder psychiatrischen Beeinträchtigung
- BezugsbetreuerInnensystem
- Hilfestellung bei der Strukturierung des Tagesablaufs und Alltagsbewältigung
- Fördern von lebenspraktischen Kompetenzen
- zielorientiertes Fördern von Ressourcen, deren Erhaltung und (nach Möglichkeit) Erweiterung
- Fördern der Beziehung zu sich selbst und anderen der sozialen und gesellschaftlichen Integration
- Begleiten bei Befindlichkeitsschwankungen und Krisen

### 2.3. LEISTUNGSUMFANG

Die Leistung ist wie folgt zu erbringen:

<u>Art</u>	<u>Inhalt/Tätigkeit</u>
Teilzeitbetreuung	Montag bis Freitag nach Bedarf zwischen 07:00 und 21 Uhr (Betreuungszeit 7 Stunden, Sams- und Feiertagen je 4 Stunden). Die Zeiten außerhalb der Betreuungszeit sind durch eine Rufbereitschaftsdienst abzudecken, der im Krisenfall auch die Wohneinrichtung aufzusuchen hat.

(Land Steiermark 2013, S. 83f.)

Im nächsten Kapitel soll nun das Teilzeitbetreute Wohnen der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH in Graz vorgestellt werden. Zudem sollen praktische Einsichten in die Betreuungsarbeit gegeben werden.

## **4. Das Teilzeitbetreute Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH**

„Der Name ‚alpha nova‘ sollte bei der Gründung anzeigen, dass neue Wege begangen werden: nicht mehr Versorgung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in separierten Einrichtungen war das Ziel, sondern Unterstützung bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und bei der Entfaltung ihrer Fähigkeiten und Selbstbestimmung. Dass der Name „alpha nova“ Gültigkeit behält, ist ein besonders Anliegen des Vorstands. Für uns ist es wesentlich, dass angebotene Unterstützungsleistungen, gerade bei zunehmender Größe und Professionalisierung des Unternehmens, immer wieder von neuem auf die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse der Menschen, für die sie da sein sollen, ausgerichtet werden“ (Treiber 2018, o.S.).

### **4.1. Hintergrund**

Die alpha nova Betriebsgesellschaft mbH entstand im Jahr 1992 in Form eines Projektes zur Ausgliederung misshandelter Kinder aus der Psychiatrie. Nachdem im Jahr 1989 medial bekannt wurde, dass verhaltensauffällige und geistig beeinträchtigte Kinder durch PflegerInnen der ehemaligen Landesnervenanstalt „Feldhof“ misshandelt wurden, entstand das Ziel, diesen Kindern eine neue Unterkunft mit sozialpädagogischer Begleitung anzubieten und ihnen somit die Chance auf ein schöneres Leben zu ermöglichen. Im Auftrag der steirischen Landesregierung übernahm die ‚Heilpädagogische Abteilung‘ der alpha nova am 1. September 1992 die Verantwortung und Übernahme von 24 Kindern und Jugendlichen.

Heute beschäftigt die alpha nova Betriebsgesellschaft mbH um die 400 MitarbeiterInnen an 12 Standorten in Graz und Umgebung, Leibnitz und der Südoststeiermark. Unterstützt und begleitet werden rund 800 KlientInnen pro Jahr (vgl. alpha nova 2018d, o.S.). Die Betriebsgesellschaft arbeitet nicht gewinnorientiert, sondern strebt gemeinnützige Ziele an und arbeitet größtenteils im öffentlichen Auftrag. Menschen mit Behinderung und anderen Beeinträchtigungen soll ein selbstbestimmtes Leben inmitten der Gesellschaft ermöglicht werden.

Das Unternehmen teilt sich in die Bereiche:

- Arbeit und Beschäftigung;
- Wohnen und Freizeit;
- Sozialpsychiatrische Dienste;
- Kind, Jugend und Familie;
- Beratung und Bildung;
- Flucht, Zuwanderung und gesellschaftliche Teilhabe

Geschäftsführer des Unternehmens ist Herr Thomas Driessen. Finanziert werden die Dienstleistungen vom Land Steiermark, den steirischen Gemeinden/Sozialhilfeverbänden, dem Sozialministerium (Servicestelle Steiermark), aber auch durch Förderungen von anderen öffentlichen Stellen (vgl. alpha nova 2018a; o.S.).

## **4.2. Grundsätze und Leitbild**

Da die MitarbeiterInnen sowohl unterstützend als auch beaufsichtigend am Alltag der KlientInnen teilnehmen, ist es wichtig, mit welcher Grundhaltung man einander begegnet (vgl. Schlichte 2006, S.30). Zum Leitgedanken der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH zählt der Wunsch, Menschen Sicherheit und Geborgenheit zu ermöglichen. Ebenso stellt eine wertschätzende und respektvolle Haltung die Basis im Umgang miteinander dar (vgl. alpha nova 2018b, S.1). Auch im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung geht das Angebot, wie weiterfolgend noch veranschaulicht werden soll, über die reine Wohnversorgung hinaus. Grundgedanken in der Begegnung mit den BewohnerInnen sind:

- *„Wir begegnen Menschen auf Augenhöhe*
- *Wir setzen an den individuellen Entwicklungsständen der BewohnerInnen an und Unterstützen/begleiten Sie in ihrer persönlichen Entwicklung*
- *Wir sehen den Menschen mit all seinen Lebens(um)welten*
- *Wir haben Respekt vor unterschiedlichen Lebensstilen und zeigen beispielhaft Möglichkeiten gelingenden Lebens auf*

- *Wir setzen Grenzen mit Bedacht und erachten die Einhaltung von Regeln als Entwicklungsziel“ (Schwab 2018, o.S.).*

Ausgangspunkt für die Unterstützung der BewohnerInnen ist das Recht, dass jede Person sein/ihr Leben nach den eigenen individuellen Bedürfnissen gestalten darf (vgl. ebd. o.S.).

### **4.3. Die Wohnstruktur**

Das Teilzeitbetreute Wohnen ist eine Leistung nach dem steiermärkischen Behindertengesetz. Für den Zuspruch eines Wohnplatzes muss ein Antrag an die zuständige Bezirkshauptmannschaft bzw. an das Magistrat Graz gestellt werden (vgl. Flyer alpha nova 2013).

Nach der Leistungsbeschreibung des Landes Steiermark gilt es sicherzustellen:

- ...„dass den Personen die Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben ermöglicht wird“.
- ...„dass eine entsprechende Infrastruktur (Geschäfte, ÄrztInnen, Institutionen und dergleichen) vorhanden ist“.
- „Eine Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz“ besteht.

Was den Raumbedarf anbelangt, wird eine Zimmergröße (pro Zimmer/pro Person) von mindestens 14m<sup>2</sup> vorgegeben. In Wohngemeinschaften muss es zusätzlich einen Gemeinschaftsraum (z.B.: eine Gemeinschaftsküche) geben (vgl. Land Steiermark 2013, S.85). Mieter oder Eigentümer der einzelnen Wohnungen ist die alpha nova Betriebsgesellschaft mbH.

Derzeit stehen den BewohnerInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens für Menschen mit psychischer Erkrankung zwei Einzelwohnungen und drei Zweier-Wohngemeinschaften im Stadtgebiet von Graz zur Verfügung. Zudem werden zwei weitere Einzelwohnungen und eine Wohngemeinschaft für KundInnen aus dem forensischen Bereich (für straffällig gewordene Menschen mit psychischer Erkrankung) angeboten. Da diese KlientInnen aber anderen Bedingungen unterliegen und

Weisungen vom Gericht einzuhalten haben, wird weiterfolgend nicht spezifischer auf die forensische Betreuungsarbeit im TZWpsy eingegangen.

Jede/r der BewohnerInnen verfügt, wie zuvor erwähnt, über ein eigenes Zimmer. Ergänzend soll hinzugefügt werden, dass dieses nach den individuellen Wünschen eingerichtet und dekoriert werden kann. Gemeinschaftsräume sind bereits möbliert, können aber in Absprache und dem Einverständnis des/der MitbewohnerIn verändert werden. Von zentraler Bedeutung ist, dass jeder der BewohnerInnen das Recht auf Privatsphäre besitzt. Im Regelfall erfolgt der Zutritt eines/einer BetreuerIn in die Zimmer des/der jeweiligen BewohnerIn durch deren Einverständnis. Ein Ausnahmefall liegt bei Verdacht auf Selbst- oder Fremdgefährdung ("Gefahr im Verzug") oder bei grober Verletzung der Hausregeln vor.

### **Die Betreuungszeiten**

Die Betreuungszeiten finden von Montag bis Freitag von 8-20 Uhr statt. An Wochenenden oder Feiertagen ist die Betreuung von 11-17 Uhr möglich. In den Zeiträumen dazwischen kann im Notfall ein/e MitarbeiterIn telefonisch (Rufbereitschaft) erreicht werden (vgl. Schwab 2016, S.17).

## **4.4. Beschreibung des Fachpersonals und Qualitätsmanagement**

Die Unterstützung und Begleitung der BewohnerInnen erfolgt ausschließlich durch qualifiziertes Fachpersonal. Dazu ist eine abgeschlossene Ausbildung im psychosozialen Bereich erforderlich. Berufsgruppen, die sich auf Grund der erworbenen Fähigkeiten besonders eignen, sind: PsychologInnen, SozialpädagogInnen, SozialarbeiterInnen und PsychotherapeutInnen. Ebenso sind Kompetenzen in Bezug auf Selbstorganisation, Selbstreflexion, Stressfähigkeit und Befähigung zur Beziehungsarbeit erforderlich (vgl. Schwab 2016 S.18).

Um ein hohes Maß an Qualität in der Betreuungsarbeit von Menschen mit psychischer Erkrankung zu gewährleisten, nehmen die MitarbeiterInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens in regelmäßigen Abständen an Fort- und Weiterbildungen teil. Ebenso soll an Kongressen, oder Symposien teilgenommen werden, um über die neuesten Kenntnisse informiert zu sein.

Daneben finden wöchentlich Teamsitzungen statt. Hier besteht neben den organisatorischen Dingen und dem Austausch zu den einzelnen BewohnerInnen auch die Möglichkeit zum Wissens- und Erfahrungsaustausch. Konzepte und Forschungsergebnisse sollen in die Arbeit miteinbezogen werden.

Zudem gibt es regelmäßige Termine zur Prozessbesprechung mit einem/einer KonsiliarpsychiaterIn, auch weitere externe Beratungen durch ExpertInnen (zum Beispiel SuchtexpertInnen) werden den MitarbeiterInnen für einen hohen Wissens- und Arbeitsstandard ermöglicht.

Um ein positives Arbeitsklima zu unterstützen, wird firmenintern auf gut strukturierte Organisations- und Kommunikationsabläufe geachtet. Den MitarbeiterInnen stehen hierfür verschiedene Medien (Diensthandy, Mail-Adressen, Web-Calendar, eigene Server um beispielsweise die Dokumentationen, Gesprächsprotokolle usw. festzuhalten) zur Verfügung. Im Rahmen der Teamsitzungen gibt es als feststehenden Punkt die sogenannte „Feedbackrunde“. Hier können und sollen Probleme, Ärgernisse und positive Rückmeldungen der vergangenen Woche angesprochen und festgehalten werden. Supervisions-Termine werden bei Bedarf ebenso wahrgenommen (vgl. ebd; S.18f.).

#### **4.5. Prinzipien und Arbeitsweisen**

Weiterführend sollen nun Methoden, Ansätze und Haltungen beschrieben werden, die im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung der alpha nova Graz von Bedeutung sind:

- **Recovery**

Der Begriff „Recovery“ kann mit dem Wort „Genesung“ oder Wiedererlangung von Gesundheit übersetzt werden und ist ein personenzentrierter, ganzheitlicher Ansatz. In der recovery-orientierten psychiatrischen Versorgung nehmen neben der Subjektorientierung auch der Einbezug von Betroffenen, die Selbstbestimmung und die Wahlfreiheit einen zentralen

Stellenwert ein (vgl. Krammer-Spohn 2013, S.1450). Nach Effinghausen (vgl. 2014, S.67) wird Wert darauf gelegt, dass Menschen trotz psychischer Erkrankung ein freudvolles und zuversichtliches Leben führen können. So gilt es, trotz Bestehen einer psychischen Erkrankung die nachteiligen Einflüsse zu überwinden.

Innerhalb des Betreuungssettings kann der Recovery-Prozess schon damit unterstützt werden, dass die BetreuerInnen ihre Aufmerksamkeit dem/der BewohnerIn schenken, „einfach da“ sind und sich für die psychische Welt der KlientInnen öffnen. Auch wenn es den BewohnerInnen häufig nicht möglich ist, aktiv darauf einzugehen, oder ihre Empfindungen mitzuteilen, wird diese Haltung meist dennoch geschätzt. Umgekehrt können solche Betreuungssituationen auch emotional belastend für die BetreuerInnen sein, umso wichtiger gestaltet sich der Austausch im Team oder unter Supervision. Der Vorteil in der „Begegnung auf Augenhöhe“ ist jedoch, dass es so möglich ist, eine gute Verbindung und Beziehungsarbeit zu den BewohnerInnen zu ermöglichen und sie in ihrer Entwicklung dort zu fördern, wo sie gerade stehen und weiterfolgend gute Unterstützungsarbeit zu leisten. Der Recovery-Prozess läuft allerdings nicht geradlinig ab, häufig geht das Vorankommen mit Regression einher. Förderlich kann es hierbei sein, wenn die BetreuerInnen den Fokus auf die Alltagsgestaltung (beispielsweise Hygiene und Haushalt, Einkaufen und Kochen, finanzielle Angelegenheiten usw...) legen. So können BewohnerInnen nicht nur besser in der Alltagsbewältigung unterstützt und gefestigt werden, sondern gleiten durch die erlernten Strukturen weniger häufig in chaotische Zustände ab. Gemeinsame Aktivitäten können nicht zuletzt auch eine gute Stütze für den Recovery-Prozess sein. Wenn BewohnerInnen eine Beziehung zu dem Betreuungspersonal aufbauen können, öffnen sie sich meistens auch für gemeinsame Unternehmungen. Manchmal ist dies für KlientInnen nicht so einfach, da viele in der Vergangenheit sehr zurückgezogen gelebt haben, dennoch soll eine langsame Heranführung an die Lebenswelt und eine Erweiterung des persönlichen Repertoires ermöglicht werden (vgl. Watkins 2009, S.78f.). Durch vermehrte Selbstständigkeit kann erlernt werden, Kontrolle und Verantwortungsgefühl über das eigene Leben zu erlangen. Dies steigert weiterfolgend das Selbstwertgefühl und die Selbstbestimmung der BewohnerInnen, worauf noch näher im Punkt „Empowerment“ eingegangen wird. (vgl. Schwab 2016, S.5).

- **Respekt vor unterschiedlichen Lebensstilen**

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung soll es möglich sein, ihr Leben nach den eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu gestalten. Unterschiedliche Lebensweisen gilt es zu respektieren. Interveniert wird dann, wenn festgelegte Vereinbarungen oder Vorschriften missachtet werden und die physische oder psychische Gesundheit gefährdet sind. Die BewohnerInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens sind volljährige Personen, die sich zu eigenverantwortlichen Mitgliedern der Gesellschaft entwickeln. Die Achtung der verschiedenen Lebensweisen gilt als Basis für die Entwicklung zu autonomen, selbstsicheren Individuen.

- **Diagnostik und Psychopharmaka**

Die BewohnerInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung befinden sich in psychiatrischer Behandlung. Eine Abklärung des Krankheitsbildes ist wichtig, um eine adäquate Unterstützung ermöglichen zu können. Die Einnahme der (vom Facharzt verordneten) Medikamente wird als erforderlich angesehen, da dadurch Symptome, welche mit der Krankheit einhergehen, reduziert werden können und diese die Fähigkeiten zur Selbstversorgung und die Beziehungsfähigkeit der BewohnerInnen erhalten können (vgl. ebd; S.5f.).

- **Orientierung an der Lebens(-um)welt und an den Ressourcen**

Ressourcenorientiert zu arbeiten heißt, sich an den Fähigkeiten des Bewohners/der Bewohnerin zu orientieren und ihn/sie darin zu unterstützen, die eigenen Potentiale wahrzunehmen und zu nutzen. Defizite sollen jedoch nicht ausgeblendet werden. Wichtig ist es, KlientInnen mit ihren Schwierigkeiten ernst zu nehmen, die vorhandenen Ressourcen werden dann unterstützend zur Problemlösung eingesetzt (vgl. Knuf 2006, S.17).

- **Freiwilligkeit**

Wesentlich für die Aufnahme ist, dass der/die BewohnerIn aus freiem Entschluss in das Teilzeitbetreute Wohnen der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH einziehen will. Dies inkludiert das Einverständnis, die „Grundlagen der Zusammenarbeit“ und die Hausregeln der betreuten Wohnform anzunehmen. Des Weiteren sollen Vereinbarungen innerhalb des Betreuungsrahmens

ernst genommen werden, Grundkompetenzen in der Haushaltsführung bestehen und die Bereitschaft, sich mit der eigenen Erkrankung sowie den persönlichen Stärken und Schwächen auseinanderzusetzen, vorhanden sein.

- **Verschwiegenheitspflicht**

Die MitarbeiterInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens unterliegen einer vom Gesetz vorgeschriebenen Verschwiegenheitspflicht. Diese ist essentiell, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den BewohnerInnen und dem Betreuungspersonal zu schaffen und um sich beispielsweise ebenso bei Themen beraten zu lassen, die möglicherweise mit Hemmungen oder Schamgefühlen besetzt sind (vgl. Schwab 2016. S.6f.).

- **Stabilisierung**

Im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung der alpha nova Graz wird neben der Sicherstellung eines Wohnplatzes ebenso Wert darauf gelegt, dass es sich nicht nur schlichtweg um Räumlichkeiten handelt, welche zur Verfügung gestellt werden, sondern dass diese auch einen gewissen Standard erfüllen. So wird darauf geachtet, dass der Wohnraum angenehm dimensioniert ist und dass jede/r BewohnerIn mindestens ein eigenes Zimmer hat. Zusätzlich wird daran gearbeitet, ein tragfähiges Beziehungsangebot zwischen dem Betreuungspersonal und den einzelnen BewohnerInnen sicherzustellen. Hinzu kommt die sozialpsychiatrische Begleitung sowie wie die Unterstützung in medizinischen Belangen. Neben der „Grundversorgung“ soll es möglich sein, dass individuelle und weiterführende Entwicklungen aufbauen können (vgl. ebd.; S.12).

- **Förderung gesunder Anteile – Salutogenese**

Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky beschäftigt sich im Vergleich zu anderen Modellen nicht mit Faktoren, die über Ursachen und Verlauf von Erkrankung nachdenken, sondern gegenteilig, wie Gesundheit und Wohlbefinden entstehen und weiterfolgend auch erhalten werden können. Antonovsky stellte fest, dass „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“, „Bedeutsamkeit“ (Kohärenzgefühl) zur Widerstandsfähigkeit eines Menschen beiträgt und erhebliche Bedeutsamkeit für die Bewältigung von schwerwiegenden physischen und psychischen

Belastungen trägt (vgl. Effinghausen 2014, S.69f.). Um Resilienz zu fördern, wird im Teilzeitbetreuten Wohnen Wert darauf gelegt, die „gesunden Anteile“ der BewohnerInnen zu stärken, vorhandene Ressourcen zu erkennen und aufbauend auf die individuellen Fähigkeiten der KlientInnen, in Zusammenarbeit passende Coping-Strategien zu entwickeln. Ziel ist es, Krankheitssymptome zu verringern und Chronifizierungen entgegenzuwirken. Die BewohnerInnen sollen erlernen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu entwickeln und die Sinnhaftigkeit eines gesunden Lebensstils zu verstehen. Basis hierfür ist eine wertschätzende Beziehung zu den KlientInnen, Feinsinnigkeit und das Erlernen von Selbstwirksamkeit (vgl. Schwab 2016, S.12).

- **Empowerment**

Der Begriff „Empowerment“ kann mit den Worten „Selbstbefähigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung“ beschrieben werden und nimmt im psychiatrischen Bereich einen großen Stellenwert ein, da es darum geht, den Gesundheitsprozess zu fördern, indem Menschen mit psychischer Erkrankung in ihrer Selbstständigkeit unterstützt werden und die Möglichkeit der Einflussnahme auf das eigene Leben wiedererlangen sollen (vgl. Effinghausen 2014, S.64). Ziel ist es, den BewohnerInnen im Teilzeitbetreuten Wohnen zu einem möglichst hohen Maß an Selbstbestimmung zu verhelfen, ohne sie dabei zu überfordern. Der Ansatz des Empowerment beschreibt, dass eine höhere Stabilität erst durch mehr Selbstbestimmung der einzelnen Personen möglich wird. Aus diesem Grund ist es erforderlich, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung dabei zu unterstützen, die eigenen Lebenswünsche so gut es geht zu verwirklichen und sich möglichst selbstständig im sozialen Raum zu Recht zu finden. In der praktischen Arbeit bedeutet dies, den BewohnerInnen Mut zu machen, ressourcenorientiert zu arbeiten und Motivationsarbeit zu leisten, um die häufig erlernte Hilflosigkeit, welche mit scheinbarer Motivations- und Handlungsunfähigkeit einhergeht, überwinden zu können. Nach Seligman (vgl. 1979, o.S. zit.n. Schlichte 2006, S. 80) können durch eine optimistische Haltung (in welcher Problemlösefertigkeiten erlernt werden) und der Teilhabe der BewohnerInnen an Aktivitäten, zur Erweiterung ihrer Bewältigungsstrategien beitragen, da sich Empowerment durch die Selbstbestimmung und Fähigkeiten zur Einflussnahme auf das eigene Leben entwickelt (vgl. Schlichte 2006, S. 80).

- **Das Zielmanagement**

In Zusammenarbeit zwischen BewohnerIn und BezugsbetreuerIn finden einmal jährlich Zielplanungsgespräche statt. Hierbei geht es darum, die Wünsche und individuellen Vorstellungen und Zielsetzungen der KlientInnen bestmöglich zu unterstützen (vgl. Schwab 2016, S.13). Die Zielplanung ist als Prozess zu verstehen, in der die gegenwärtige Lebenssituation des Bewohners/der Bewohnerin, die vorhandenen Ressourcen und Hemmnisse dargelegt werden. Die Ausformulierung der einzelnen Ziele soll überprüfbar festgelegt werden, zudem gilt es, die praktische Umsetzung methodisch festzuhalten und einen Zeitraum festzulegen, in welchem an den Zielen gearbeitet werden soll. Fester Bestandteil der Zielplanung ist es auch, die Entwicklung des Zielerreichungsprozesses zu evaluieren. Auf Grundlage des Recovery-Ansatzes wird der/die BewohnerIn als ExpertIn seiner/ihrer physischen wie psychischen Lebenswelt gesehen. Zu bedenken ist jedoch auch, dass die Wünsche und Vorstellungen des Bewohners/der Bewohnerin durch die Symptomatik der Erkrankung gelenkt sein können. So können sich Personen beispielsweise als stark und unabhängig wahrnehmen, äußerlich betrachtet aber auf Unterstützung angewiesen sein (wie es durchaus in psychotischen oder manischen Phasen vorkommen kann; auch chronische Suchterkrankung kann zu einem falschen Selbstbild führen). Oder es verhält sich umgekehrt; jemand traut sich zu wenig zu und wünscht sich Entlastung (wie dies beispielsweise bei Angsterkrankungen der Fall sein kann), er oder sie verfügt jedoch selbst über gut nutzbare Ressourcen. Auf Grund dessen ist neben der aktiven Miteinbeziehung des Bewohners/der Bewohnerin ebenso die Bedarfsermittlung zur Zielvereinbarung notwendig (vgl. Konrad/ Rosemann 2016, S.82ff.). Die BetreuerInnen haben ebenso die Möglichkeit, Ideen und Vorschläge für Ziele zu unterbreiten, welche aus Sicht des Teilzeitbetreuten Wohnens als förderlich für die weitere Entwicklung des Bewohners/der Bewohnerin erachtet werden (vgl. Schwab 2016, S.13). Unterschiedliche Sichtweisen sollen benannt werden und können durch „einen Prozess der Aushandlung und Kompromissfindung“ gelöst werden (vgl. Konrad/ Rosemann 2016, S.86).

- **Das BezugsbetreuerInnensystem**

Personen mit schwerer psychischer Erkrankung erhalten häufig verschiedenartige Unterstützungsleistungen. So kann es sein, dass eine Person in einer betreuten Wohnform lebt, in

einer Werkstätte für Menschen mit Beeinträchtigung arbeitet und in der psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wird. Jede Einrichtung und jedes Team steht in Kontakt mit dem/der KlientIn. Damit sich die Koordinierung besser gestaltet, hat sich in den gemeindepsychiatrischen Verbänden das BezugsbetreuerInnensystem entwickelt, worin eine koordinierende Bezugsperson im Auftrag einer Gruppe interagiert (vgl. Konrad/ Rosemann 2016, S.93f.). Im Teilzeitbetreuten Wohnen der alpha nova Graz, hat jede/r BewohnerIn eine/n Haupt- und eine stellvertretende BezugsbetreuerIn. Die jeweiligen BezugsbetreuerInnen sind vor allem für „behördliche und finanzielle Angelegenheiten, Unterstützung bei der Sicherstellung medizinischer und therapeutischer Versorgung, die Vernetzung mit dem Umfeld“, als auch der Erstellung „individueller Zielpläne“ (welche gemeinsam mit dem/der BewohnerIn entwickelt werden) verantwortlich. In Anlehnung des ‚Case Managements‘ agieren die BezugsbetreuerInnen, bezugnehmend auf das professionelle HelferInnensystem, häufig in „lenkender“ Funktion (vgl. Schwab 2016, S.13).

- **Beziehungsarbeit**

Nach Carl Rogers (1990, S.14 zit.n. Watkins 2009, S.213f.) haben „alle Menschen [...] die Fähigkeit, ein erfülltes und sozial konstruktives Leben zu führen. Es gibt eine Form der helfenden Beziehung, die Menschen befreit und sie so befähigt, Weisheit und Selbstvertrauen in sich zu finden und immer öfter Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit zuträglicher und konstruktiver sind“. Rogers stellt dabei die Charakteristika „Authentizität, An[teil]nahme und Empathie aufseiten des Helfers“ in besonderen Fokus, Grundvoraussetzung ist jedoch auch, dass der/die KlientIn die Bereitschaft mitbringt, mitarbeiten zu wollen (vgl. ebd. S.214). Ein tragfähiges Beziehungsangebot wird auch im Teilzeitbetreuten Wohnen der alpha nova Graz als wichtiger, wenn nicht sogar wichtigster Bestandteil der täglichen Betreuungsarbeit gesehen. Die BetreuerInnen gestalten das Beziehungsangebot in aktiver Funktion. Kommunikation und „Angrenzung“ (im Gegensatz zu Abgrenzung; also Aufschluss und Verständnis für die eigenen Grenzen, aber auch die des/der Anderen zu schaffen) spielen dabei eine entscheidende Rolle in der Arbeit mit den BewohnerInnen (vgl. Schwab 2016, S.13f.).

- **Bio-psycho-soziale Sichtweise und multimethodischer Zugang**

Im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung wird darauf geachtet, dass sich die Arbeit der BetreuerInnen in Hinblick auf „Gesundheits-/Krankheitslehre, Sozialpsychiatrie, Psychologie“ u.v.m. an fortschrittlichen Erkenntnissen und Konzepten der Sozialpsychiatrie orientiert. Die BewohnerInnen werden, wie andere Menschen auch, als „bio-psycho-soziale Wesen mit individuellen (Lebens-)Erfahrungen [...], die mit unterschiedlichen Wünschen und Vorstellungen in die Zukunft blicken“, wahrgenommen. Die Arbeit im multiprofessionellen Team unterstützt die Anschauung verschiedener Blickwinkel und Aspekte der Betreuung und es wird versucht, den/die BewohnerIn bestmöglich in seiner/ihrer Entwicklung zu unterstützen. Methoden und Konzepte, die in der alltäglichen Betreuung Anwendung finden, sind ein integrativer Blickwinkel (Anwendung unterschiedlicher Methoden der Sozialpsychiatrie, orientiert an Bedarf und Wünschen der BewohnerInnen), die Durchführung von Einzel- und Beratungsgesprächen (angefangen von lebenspraktischen Schwerpunkten, über Reflexionsgesprächen, Zusammenführen von Selbst- und Fremdwahrnehmungen zur „Ich-Stärkung“ u.v.m.), Stressmanagement- und Skills-Training (Umgang mit schwierigen Situationen und Krisen durch erlernte Methodenauswahl), individuelle Tagesgestaltung (Zubereitung von Mahlzeiten, Verwirklichung der eigenen Lebenspläne, Freizeitgestaltung), Krisenintervention (Krise als Chance, „gemeinsames Durchstehen“, Coping-Strategien), aber auch ein gewisses Maß an Spaß (humorvolle Distanz zu schwierigen Lebenssituationen) sollte in der Betreuungsarbeit nicht fehlen (vgl. Schwab 2016, S.14).

#### **4.6. Aufgaben der BezugsbetreuerInnen**

Neben den täglichen Aufgabenbereichen eines Betreuten Wohnens sind die BezugsbetreuerInnen des jeweiligen Bewohners/der jeweiligen Bewohnerin zuständig für die folgenden aufgelisteten Tätigkeiten. Die einzelnen Punkte wurden hierbei aus der Kategorie „Übersicht – Aufgaben der BezugsbetreuerInnen“ aus den Handbuchdateien für MitarbeiterInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH übernommen.

### Zu Beginn des Einzugs:

- Erstellung eines analogen und digitalen Ordners, in welchem wichtige Unterlagen des Bewohners/der Bewohnerin aufbewahrt werden (beispielsweise Anamnesebogen, Arztbriefe, Meldezettel, usw.).
- Unterstützung bei der Besorgung der wichtigsten Wohnutensilien (Bettwäsche, Handtücher, Lebensmittel usw.).
- Durchführung der Ummeldung, Einrichtung eines Nachsendeauftrages wenn nötig.

### Innerhalb der ersten Wochen:

- Erstellen einer Notfallkarte, in welcher die wichtigsten Daten ersichtlich sind (Name, Anschrift, Sozialversicherungsnummer, Diagnose, Medikamentenverordnung, Kontaktdaten der wichtigsten Personen z.B: Familie, ÄrztInnen, SachwalterIn).
- Gemeinsam mit dem/der BewohnerIn den Anamnesebogen ausfüllen
- Gemeinsame Erarbeitung eines individuellen Krisenplans
- Vernetzung mit dem relevanten Umfeld des Bewohners/der Bewohnerin

Während der wöchentlichen Teamsitzungen findet zu dem ein Austausch der BetreuerInnen über die vorhandenen Ressourcen, Problemstellungen und über mögliche Ziele (aus Sicht der BetreuerInnen) statt. Nach drei Monaten wird von dem/der BezugsbetreuerIn ein erster Betreuungsplan erstellt, welcher als Leitfaden für die weitere Betreuung gelten soll und der bei Veränderungen angepasst werden kann.

### Jährlich:

Immer zu Beginn des Jahres erstellt der/die BezugsbetreuerIn gemeinsam mit dem/der BewohnerIn eine Zielplanung für das kommende Jahr. Die Ziele sollen dabei weitgehend von dem/der BewohnerIn selbst kommen. Unterstützt werden kann der/die BewohnerIn, indem vorab ein Fähigkeitsprofil (in welchem Ressourcen veranschaulicht und weiterfolgend Entwicklungsfelder erleichtert werden sollen) erstellt wird. Der/die BezugsbetreuerIn formuliert so, dass eine Überprüfung der Zielerreichung möglich ist.

Zudem wird immer am Ende eines Jahres ein Jahresbericht verfasst. Hier werden Informationen bezüglich der Bereiche Gesundheit, Wohnen, Arbeit, Finanzielles, Freizeit, Soziales und Sonstiges verschriftlicht.

#### Halbjährlich:

Mitte und Ende des Jahres erfolgt eine Evaluation des vereinbarten Zielerreichungsprozesses. Die Zielerreichung wird reflektiert und falls nötig, kann auch eine Adaptierung vorgenommen werden.

#### Auszug eines Bewohners/einer Bewohnerin:

Zieht ein/e BewohnerIn aus dem Teilzeitbetreuten Wohnen aus, wird diese/r (falls notwendig) von den BetreuerInnen beim Umzug unterstützt. Nach dem Auszug verfasst der/die Bezugsbetreuerin einen Abschlussbericht.

### **4.7. Beschreibung der täglichen To Do's und Aufgabenbereiche**

In diesem Punkt soll der Arbeitsalltag mit den Hauptaufgabenbereichen des Betreuers/der Betreuerin im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung näher beschrieben werden.

#### Die Dokumentation

Der berufliche Arbeitsalltag als BetreuerIn im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung beginnt im Regelfall damit, dass zu Dienstbeginn die Web-Kalendereinträge und die Verlaufsdocumentationen der einzelnen BewohnerInnen durchgelesen werden (Nach jeder Betreuungseinheit hat der/die diensthabende BetreuerIn die Aufgabe, eine Dokumentation zu verfassen, in welcher ersichtlich ist, wann und von wem die Betreuung durchgeführt wurde). So ist es den BetreuerInnen auch beispielsweise nach längeren Abwesenheiten möglich, alle Informationen einzuholen und am aktuellen Stand zu sein. In den einzelnen Dokumentationen wird festgehalten, in welcher gesundheitlichen Verfassung sich der/die BewohnerIn zum gegenwärtigen Zeitpunkt befindet und ob es besondere Vorkommnisse oder Thematiken gibt, mit denen sich der/die BewohnerIn befasst (vgl. Schwab 2016, S.19f.).

### Der Web-Kalender

Zusätzlich sind zu Dienstbeginn die Web-Kalender-Einträge zu berücksichtigen. In diesem Online-Kalender werden alle Termine, Erinnerungen und Tätigkeiten, welche zu erledigen sind, eingetragen bzw. wieder ausgetragen, sofern Dinge erledigt wurden.

Für die nachfolgend aufgelisteten Punkte gilt, dass die BetreuerInnen dort unterstützen, wo Unterstützung als erforderlich betrachtet wird, dies von den BewohnerInnen gewünscht wird und es vom Betreuungspersonal als sinnvoll erachtet wird. Die Beschreibung der nun folgenden Maßnahmen entstammen meiner persönlichen Erfahrung als Betreuerin im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung.

### Unterstützung in medizinischen Angelegenheiten

Die BetreuerInnen begleiten den/die BewohnerIn zu Arztterminen und Behördengängen, wenn dies nötig ist oder gewünscht wird. Zu den Aufgaben der BetreuerInnen zählt ebenso die ordnungsgemäße Verwaltung der Medikamente. In den Büroräumlichkeiten des Teilzeitbetreuten Wohnens werden in verschließbaren Boxen die Medikamente der jeweiligen BewohnerInnen verwahrt. Ein- und Ausgänge werden dokumentiert. Der/die BewohnerIn teilt meist einmal in der Woche seine/ihre Medikamente ein. Durch Anwesenheit eines Betreuers/einer Betreuerin während der Medikamenteneinteilung kann sichergestellt werden, dass die einzelnen Tabletten wie vom Arzt verordnet in die Dosets eingeteilt werden. Ebenso erinnern die BetreuerInnen an die Einnahme der Medikation, wenn dies erforderlich ist.

### Unterstützung in finanziellen Angelegenheiten

Dazu zählen die Vernetzung mit dem/der SachwalterIn, sofern es eine/n gibt und Begleitung zu Bankterminen, sofern dies notwendig ist oder vom/von der BewohnerIn gewünscht wird. Im Vordergrund steht, dass der/die BewohnerIn mit ihren finanziellen Mitteln über den Monat hinweg auskommt. Unterstützung geschieht da, wo Unterstützung benötigt wird.

### Strukturierung des Tagesablaufs

Wie eine Person seinen/ihren Tag gestaltet, ist individuell unterschiedlich und hängt von verschiedenen Parametern wie den jeweiligen Interessen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Ressourcen und Einschränkungen der einzelnen Personen ab. Die BetreuerInnen versuchen (sofern es den BewohnerInnen noch nicht selbst möglich ist) dabei zu helfen, eine geeignete Form der Tagesstrukturierung zu finden. Sollte es einer Person nicht möglich sein, einer adäquaten Beschäftigung(-sform) wie einem geregelten Arbeitsverhältnis, einer tagesstrukturierenden Einrichtung oder Ähnlichem nachzugehen, kann gemeinsam mit dem/der BewohnerIn auch eine individuelle Tagesstrukturierung innerhalb des Teizeitbetreuten Wohnens überlegt werden. Diese kann gegliedert sein in regelmäßige Mahlzeiten, Durchführung von Haushaltstätigkeiten, einem Sportprogramm und der Umsetzung von persönlichen Zielen.

### Begleitung zu Arzt- und Behördengängen

Die BetreuerInnen erinnern und/oder begleiten die BewohnerInnen auf Wunsch oder Erfordernis zu Arzt -und Behördenwegen.

### Unterstützung in der Haushaltsführung

Wenn man beispielsweise an Putztätigkeiten denkt, kann die Unterstützung der BetreuerInnen von der regelmäßigen Erinnerung, über die Anleitung und Erstellung eines Putzplanes, bis hin zur gemeinsamen Durchführung bestimmter Tätigkeiten reichen. Auch beim Einkauf und der Zubereitung von Lebensmitteln kann eine anfängliche Hilfestellung notwendig sein.

### Unterstützung bei persönlichen Problemen und Krisen

Das Betreuungspersonal dient als AnsprechpartnerIn für verschiedenste Arten von Problemen und Krisensituationen. Es wird versucht, den BewohnerInnen beratend sowie auch unterstützend zur Seite zu stehen. In Notfällen sind die BetreuerInnen auch außerhalb der geregelten Dienstzeiten 24 Stunden über das Rufbereitschaftstelefon erreichbar. Zusätzlich befindet sich in jeder Wohnung ein Informationsblatt, auf dem die wichtigsten Telefonnummern (Feuerwehr, Rettung, Polizei usw.) aufgelistet sind.

### Weitere Betreuungsangebote:

Neben den täglichen Aufgabenbereichen stellt das Teilzeitbetreute Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auch diverse Angebote zur Verfügung, welche den BewohnerInnen Struktur geben sollen, soziale Kontakte ermöglichen, zu einem gesünderen Lebensstil beitragen, oder einfach nur als Freizeitangebote wahrgenommen werden können und Spaß bringen sollen.

Hierzu zählen:

- Kochen im Einzel- oder Gruppensetting
- Walken und Spaziergänge im Grünen
- Besuche im Fitnesscenter
- Tagesausflüge (z.B: Besuch im Tierpark, Rodeln, Therme usw.)
- Urlaube (z.B: Erholung am Meer, Städtereisen)

Auf Wunsch der BewohnerInnen finden auch immer wieder kleinere Unternehmungen wie Schwimmen, Kegeln, Dartspielen usw. statt. Die Planung, Organisation und Begleitung der Angebote ist Aufgabe der BetreuerInnen. Die BewohnerInnen haben jedoch im Rahmen von BewohnerInnenversammlungen die Möglichkeit, Ideen einzubringen und in weiterer Folge auch bei der Gestaltung mitzuwirken.

# Empirischer Teil

## 5. Fragestellung und Ziel der empirischen Forschung

Wie aus dem theoretischen Teil meiner Arbeit ersichtlich wird, wurden Menschen mit psychischer Erkrankung noch bis vor wenigen Jahrzehnten hinweg in stationären Großanstalten untergebracht und erfuhren nur unzureichende Versorgung und Hilfeleistung. Mit der Psychiatriereform in den 70er Jahren verbesserten sich die sozialpsychiatrischen Angebote und Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bekamen in der Steiermark die Möglichkeit, auf verschiedene Versorgungsleistungen des Landes zurückzugreifen und bedarfsgerechte Unterstützung innerhalb des sozialen Umfeldes zu finden. Als exemplarisches Beispiel für eine sozialpsychiatrische Wohnversorgung, welche aus meiner Sicht großen Wert auf professionelle Arbeitsweisen und einen respektvollen und menschenfreundlichen Umgang mit den BewohnerInnen legt, wurde im letzten Kapitel des Theorieteils das Teilzeitbetreute Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH näher dargestellt.

Das Kernstück meiner Arbeit bezieht sich hierbei auf die Betreuung von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb des Teilzeitbetreuten Wohnens. Aus diesem Grund soll im empirischen Teil dieser Arbeit untersucht werden, welche Faktoren und Verhaltensweisen in der Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Störung berücksichtigt werden sollten und welche Vorteile sich für die BewohnerInnen mit dieser Diagnose in einem Teilzeitbetreuten Wohnen ergeben können.

Vor diesem Hintergrund ergaben sich für mich die beiden folgenden Forschungsfragen:

- *Welche Herausforderungen treten in einem Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung, speziell in der Betreuung von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf?*
- *Durch welche Methoden, Angebote oder Betreuungsinhalte können Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb eines Teilzeitbetreuten Wohnens unterstützt und gefördert werden?*

Das Ziel dieser Erhebung liegt nicht in der Analyse der Einrichtung, sondern darin, zu veranschaulichen, mit welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen die MitarbeiterInnen innerhalb des Betreuungskontextes konfrontiert werden und darüber hinaus sichtbar zu machen, wie sich Menschen mit psychischer Erkrankung, vor allem aber Menschen mit der Borderline-Störung, in einer betreuten Wohnform und durch Anwesenheit geschulter MitarbeiterInnen bezogen auf ihr Krankheitsbild weiterentwickeln und möglicherweise auch ein Stück weit genesen können.

## **6. Vorstellung der Forschungsmethode**

Aufgrund der offenen Fragestellungen, die sich aus den beiden Forschungsfragen ergeben sowie dem Vorhaben, die Erfahrungs- und Wissensbereiche der sozialpsychiatrischen BetreuerInnen für die Beantwortung meiner Forschungsfragen nutzbar zu machen, ist eine qualitative Erhebungsmethode erforderlich.

Das halbstrukturierte, leitfadengestützte ExpertInneninterview eignet sich hierbei in besonderer Weise als Instrument zur Datengenerierung, da es die Möglichkeit verschafft, konkrete Informationszugänge zu erhalten, ohne die Fragen in strikter Reihenfolge abhandeln zu müssen und es darüber hinaus möglich wird, zusätzliche Gesichtspunkte, welche sich innerhalb der Gesprächsführung ergeben können, mit zu berücksichtigen.

Weitere Informationen zur qualitativen Erhebungsmethode und den leitfadengestützten ExpertInneninterviews werden nun angeführt.

### **6.1. Das leitfadengestützte ExpertInneninterview**

In diesem Punkt erfolgt eine kurze Betrachtung der theoretischen Grundlagen eines leitfadengestützten ExpertInneninterviews. Daraufhin erfolgt eine Beschreibung der InterviewpartnerInnen und der Interviewleitfaden wird vorgestellt.

#### **6.1.1. Theoretischer Hintergrund**

Das Interview ist ein Verfahren, welches auf der Kommunikation zwischen dem/der InterviewerIn und der zu befragenden Person beruht. Mit Rücksicht auf zuvor getroffene Absprachen erhält der/die InterviewerIn im Rahmen der Befragung Informationen von dem/der GesprächspartnerIn, weshalb der Informationsaustausch überwiegend einseitig bestimmt ist (vgl. Friebertshäuser/Langer 2010, S.438). Ein Interview kann strukturiert, halbstrukturiert oder unstrukturiert sein, bei dieser Unterscheidung geht es um die Interviewsituation, wohingegen es bei einem standardisierten und nicht-standardisierten Interview um das Instrument der Erhebung geht (z.B. Leitfaden oder Fragebogen). Angesichts der einzelnen Fragestellungen kann zwischen offenen und geschlossenen Fragen unterschieden werden (vgl. Atteslander 2010, S. 145f.). Im

Rahmen dieser Untersuchung wurde ein halbstrukturiertes Leitfadeninterview mit offenen Fragestellungen gewählt.

Zentral bei der Erstellung der Interviewfragen ist es, dass Vorkenntnisse im relevanten Forschungsbereich vorhanden sind. Aus diesem Grund erscheint es notwendig, sich vorab auf theoretischer oder praktischer Ebene mit dem Untersuchungsgegenstand auseinanderzusetzen. Das Leitfadeninterview schafft zudem die Möglichkeit, die Ergebnisse der Interviews gegenseitig zu vergleichen. Aus den erhaltenen Informationen lassen sich Hypothesen und Theorien untersuchen, oder tragen dazu bei, neue Annahmen abzuleiten (vgl. Friebertshäuser/Langer 2010, S.439).

Ein wesentliches Merkmal eines Leitfadeninterviews ist der schon im Vorhinein erstellte Leitfaden, welcher sich auf das zu erforschende Interessensgebiet der InterviewerIn bezieht. Während der Befragung ist es bedeutsam, zentrale Fragestellungen im richtigen Moment einzubringen und das Interview schriftlich oder durch Aufzeichnungen festzuhalten. Anders als bei strukturierten Interviews kann bei einer halbstrukturierten Befragung die Reihenfolge der Fragen variieren (vgl. Atteslander 2010, S.135-140). Die Fragen aus dem Interviewleitfaden außer Reihe zu stellen kann dann sinnvoll sein, wenn es sich beispielsweise innerhalb der Interviewsituation ergibt, dass der/die InterviewpartnerIn mitunter von selbst auf ein bestimmtes Interessensgebiet zu sprechen kommt. Ebenso kann es notwendig sein, „Nachfragen“ zu stellen, um eine vollständige Beantwortung der Frage zu erzielen. Aus diesem Grund gilt der Interviewleitfaden eher als eine Art Führungshilfe, welcher die unumstößlichen Fragen vorweist (vgl. Gläser/ Laudel 2010, S.42).

Nach Littig ist der Status eines/einer ExpertIn eine zugeschriebene Gegebenheit seitens der ForscherInnen. ExpertInnen verfügen jedoch über ein bestimmtes Kontextwissen innerhalb eines Forschungsfeldes oder sind über Strukturen, Handlungsabläufe und betriebsinterne Geschehnisse informiert und können den ForscherInnen somit Wissen zugänglich machen, welches über andere Quellen nicht verfügbar ist (vgl. 2009, S.119).

Da nun einige wichtige theoretische Merkmale von leitfadengestützten ExpertInneninterviews angeführt wurden, soll weiterfolgend näher auf die praktische Durchführung der Datenerhebung eingegangen werden.

#### 6.1.2. Beschreibung der InterviewpartnerInnen und der Interviewsituation

Interviewt wurden insgesamt sechs MitarbeiterInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH. Darunter befanden sich zwei männliche und vier weibliche TeilnehmerInnen. Faktoren wie Alter und Geschlecht der befragten Personen wurden bei der Erhebung jedoch nicht weiter berücksichtigt. Bei der Auswahl der MitarbeiterInnen wurde jedoch darauf geachtet, dass diese über mehrjährige Berufserfahrung im sozialpsychiatrischen Dienst und auch in der Betreuung von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung verfügen. Unter den befragten Personen befinden sich klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen im psychologischen und sozialpsychiatrischen Bereich. Die Durchführung der Interviews erfolgte größtenteils in den Besprechungsräumen der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH. Die Dauer der Interviews erstreckte sich dabei von einer halben Stunde bis zu einer Stunde, wobei die durchschnittliche Dauer ca. 40 Minuten betrug. Zu Beginn der Befragung wurden die InterviewpartnerInnen kurz über mein Forschungsinteresse und den weiteren Ablauf des Interviews aufgeklärt. Ich verwies auf die Sicherstellung der Anonymität und erkundigte mich um das Einverständnis, die jeweiligen Interviews auf Tonband aufnehmen zu dürfen.

Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden die einzelnen Interviews nach dem Alphabet durchnummeriert, so ergeben sich MitarbeiterIn A bis MitarbeiterIn F.

#### 6.1.3. Vorstellung des Interviewleitfadens

Zur Befragung der MitarbeiterInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens entwickelte ich ein Gerüst an Kategorien und Fragestellungen, mit denen es mir möglich sein soll, meine Forschungsfragen zu beantworten. Beginnend mit Fragen zum Thema Arbeitshaltung und Betreuungsalltag, näherte ich mich schließlich dem Hauptthema „Borderline“.

Ich bat die MitarbeiterInnen darum, mir Eigenschaften oder Verhaltensweisen zu nennen, die aus ihrer Sicht mit diesem Krankheitsbild einhergehen. Zum einen, um einen einfachen Einstieg in die Thematik zu erlangen (in dem das Krankheitsbild beschrieben wird) und zum anderen, um auf die darauffolgenden tiefergehenden Fragen vorzubereiten. Im Anschluss fragte ich, welche Situationen für das Fachpersonal innerhalb der Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Störung als (besonders) herausfordernd empfunden werden. Wichtig hierbei war mir, diese Fragestellung weitestgehend offen zu lassen, um von den sozialpsychiatrischen BetreuerInnen die Antworten zu erhalten, die für die einzelnen MitarbeiterInnen Priorität haben und nicht schon zu früh Bereiche vorgeben. Erst im Anschluss ergänzte ich nicht genannte Bereiche (z.B.: strukturelle Rahmenbedingungen, Alltagsbewältigung usw.) und erkundigte mich, ob es innerhalb der Betreuungssituation auch hierbei schon zu herausfordernden Situationen gekommen sei. Weitere Fragestellungen des ExpertInneninterviews beschäftigen sich damit, wie die BetreuerInnen mit herausfordernden Situationen umgehen und was die Grenzen innerhalb der Betreuungsarbeit sind, oder anders ausgedrückt, wann BewohnerInnen nicht (mehr) im Teilzeitbetreuten Wohnen betreut werden können.

Ein weiterer wichtiger Abschnitt in meiner Befragung beschäftigt sich mit den Unterstützungsmöglichkeiten in der (Wohn-)betreuung. Erfragt wird, wie das Teilzeitbetreute Wohnen Menschen mit psychischer Erkrankung aus Sicht der BetreuerInnen (im Alltag, bei Krisen und strukturell) unterstützen kann. Auch hier erfolgt die Fragestellung zunächst offen und wird durch die vorbereiteten Kategorien ergänzt. Tiefergreifend gestaltet sich jedoch die darauffolgende Fragestellung: Welche Methoden, Angebote oder Betreuungsinhalte wirken sich im speziellen bei BewohnerInnen mit der Borderline-Störung förderlich auf das Krankheitsbild aus? Auf Grund der Komplexität dieser Fragestellung wurden auch hier vorab Kategorien vorbereitet. Zum einen beziehen sich diese auf die unterschiedlichen (Unterstützungs-) angebote, zum anderen auf mögliche Symptomatiken des Krankheitsbildes. Um die Interviewsituation für mich zu erleichtern, machte ich mir kurze Randnotizen, welche Bereiche bereits von den befragten Personen genannt wurden und in welchen Bereichen noch ergänzende Fragen erforderlich waren (um schlussendlich meine Forschungsfragen beantworten zu können). Die Abschlussfrage des Interviews bezieht sich auf Zukunftswünsche der BetreuerInnen hinsichtlich der Arbeit mit Borderline-KlientInnen im Teilzeitbetreuten Wohnen. Für diesen Abschluss entschied ich mich, um

aufzuzeigen was vielleicht noch fehlt, wodurch die Betreuungsarbeit möglicherweise noch erleichtert werden könnte, oder einfach nur, um die Wünsche der MitarbeiterInnen sichtbar zu machen.

Wie bei der Auswertung des Interviews vorgegangen wurde, wird im nun folgenden Punkt ausführlicher erklärt.

## 7. Auswertung des Datenmaterials

In diesem Kapitel wird nun genauer auf die Datenauswertung eingegangen. Hierfür wird zunächst die Durchführung der Transkription erläutert, im Anschluss wird die praktische Herangehensweise bei der Auswertung dargestellt.

### 7.1. Transkription der Interviews

In den Interview-Protokollen wurden die von mir gestellten Fragen oder Aussagen mit einem großen „I“ für „Interviewerin“ gekennzeichnet und zur besseren Übersicht der einzelnen Textpassagen noch zusätzlich „fett“ markiert. Aussagen der befragten Personen wurden hingegen mit einem „B“ für „Befragte/Befragter“ festgehalten, um auf die Anonymisierung der Daten zu achten.

Bei der Transkription selbst achtete ich sehr genau darauf, Gesagtes wörtlich festzuhalten. Dialekte bzw. Umgangssprachliches wurden, so gut dies möglich war, in die hochdeutsche Sprache übersetzt (z.B. „schauen wir“ statt „schau ma“). Non-verbale Äußerungen (wie beispielsweise ein Lachen oder ein Räuspern) wurden dann berücksichtigt, wenn der Sinngehalt dadurch beeinflusst wurde. Unterbrechungen im Gespräch wurden vermerkt und längere Pausen wurden mit drei Punkten „...“ versehen. War ein Wort auf der Tonbandaufnahme unverständlich, habe ich dies als „(unverst. Wort)“ in der Niederschrift gekennzeichnet. Sätze, die grammatikalisch falsch formuliert waren, habe ich weitestgehend nicht verbessert, um die Authentizität des Gesagten nicht zu verändern. Wortwiederholungen fanden nur dann Berücksichtigung, wenn der/die GesprächspartnerIn damit gezielt ein Wort betonen wollte.

Um die Transkription für mich zu vereinfachen, fügte ich absatzweise Zeitmarken ein. Informationen bezüglich der Regeln der Transkription entnahm ich von Gläser und Laudel (vgl. 2010, S.193f.).

## **7.2. Praktische Vorgehensweise bei der Auswertung und Interpretation**

Die Vorgehensweise bei der Auswertung meiner Daten wurde zum einen durch die theoretischen Grundlagen zur „Auswertung von Experteninterviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse“ (vgl. Gläser/Laudel 2010, S.198-260) unterstützt, zum anderen lehnen sich meine Auswertungsschritte weitgehend an die von Philipp Mayring entwickelte „qualitative Inhaltsanalyse“ an (vgl. 2008, S.100-111). Die Datenerhebung erfolgte mittels Tonbandaufzeichnungen und wurde wie im Punkt 7.1. „Transkription der Interviews“ beschrieben, verschriftlicht.

Die Datenaufbereitung erfolgte mithilfe des computergestützten Softwaretools MaxQDA. Für die Erstellung des Codebaumes fokussierte ich mich vorwiegend auf jene Fragen und Textpassagen, die für die Beantwortung meiner Forschungsfragen relevanten Inhalt aufwiesen. Ich erstellte Ober- und Unterkategorien, sogenannte Codes und Subcodes. Innerhalb dieses Prozesses kam es immer wieder vor, dass ich die Codes umbenannte oder neu erstellte.

## 8. Darstellung der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel sollen die zugrundeliegenden Ergebnisse zusammengefasst und analysiert werden.

### 8.1. Erfahrungswerte der BetreuerInnen betreffend der „Borderline-Charakteristik“:

Innerhalb meines Interviews bat ich die befragten Personen darum, mir Eigenschaften oder Verhaltensweisen zu nennen, durch die sich Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Sicht der BetreuerInnen beschreiben lassen.

MitarbeiterIn A berichtet, dass er/sie im Laufe seiner/ihrer Berufslaufbahn schon KlientInnen mit „*sehr unterschiedlichen Ausprägungen*“ des Krankheitsbildes erlebt hat. Gemeinsamkeiten in der Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Störung bestehen jedoch darin, dass man sich als BetreuerIn aufgrund einer unbedachten Formulierung schnell in einer Situation wiederfinden kann, in welcher man von dem/der KlientIn in eine Zwickmühle manövriert wird.

*„Borderliner haben irgendwie das Talent, dass sie dich Sachen fragen, auf die man keine Antwort hat, oder nur eine schlechte, eine unzureichende (lacht), ja ich finde das ist allen gemein, also denen, die ich bis jetzt kennengelernt habe“ (Transkript S.3).*

MitarbeiterIn E und D beschreiben „*starke Stimmungsschwankungen [...] die [...] durch starke emotional unangebrachte Reaktionen*“ begleitet werden können. Betroffene sind beispielsweise schnell gekränkt, weinen, fühlen sich emotional vernachlässigt oder reagieren aggressiv. Die Verhaltensweisen erscheinen bezogen auf die objektiv eingeschätzte Situation oft unverhältnismäßig emotional (vgl. Transkript S.44).

Wie im Theorieteil beschrieben, fällt es Menschen mit der Borderline-Störung häufig schwer, die eigenen Gefühle und Emotionen anzupassen und zu regulieren. Rahn (vgl. 2010a, S.50f.) beschreibt die emotionale Instabilität auch als zentrales Element der Borderline-Erkrankung. Laut der Klassifizierung nach DSM-5 beschreiben vor allem die Kriterien 4, 6 und 8 das Störungsbild näher.

4. *„Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzenmissbrauch, rücksichtslosen Fahren, „Essanfälle“)“.*
6. *„Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit, oder Angst, wobei diese Verstimmung gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)“.*
8. *„Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)“  
(Falkai/Wittchen 2015, S.367f.).*

Rahn (vgl. 2010b, S.67f.) beschreibt die emotionale Instabilität bei Menschen mit der Borderline-Störung aufgrund einer höheren Empfindlichkeit von „gefühlsauslösenden Reizen, eine höhere Dichte der wahrgenommenen Gefühle und eine verzögerte Rückbildung von Erregungen“, welche zu erhöhter Anspannung beitragen. Diese Spannungszustände werden von den Betroffenen häufig als „kaum auszuhalten“ wahrgenommen und sind häufig die Ursache dafür, dass es zu selbstschädigendem Verhalten, Aggressivität, oder Suizidalität kommen kann. Durch diese Verhaltensweisen klingen die erlebten Spannungsgefühle langsam wieder ab. Die emotionale Instabilität und die fehlende Regulation von Gefühlen beeinflussen wie nachfolgend noch beschrieben wird auch die Gestaltung der Beziehungsmuster.

MitarbeiterIn E fügt aufklärend hinzu:

*„die [BewohnerInnen] bringen natürlich voll [...] schwere Schicksale mit, wo sie einiges an Defiziten haben, von dysfunktionalen Familien, von Missbrauchsgeschichten, [...] Traumata die sie nicht bearbeitet haben, oder die sie zurzeit noch immer bearbeiten, die deren Verhaltensweisen auch stark beeinflussen und prägen, auf Tag-täglicher Basis“ (vgl. Transkript S.44).*

Auch für MitarbeiterIn B ist eines der Hauptmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung, dass es innerhalb von Beziehungen zu Konflikten kommt, ebenso damit begründet, dass die betreffenden Personen in ihrer Vergangenheit schwierige Situationen durchleben mussten.

Die Borderline-Störung „kann man als Beziehungsstörung ja auch irgendwie sehen, einfach schon alleine dadurch, dass die Leute einerseits vielleicht Traumen haben, schwierige Beziehungsdynamiken [...], einfach in der Kindheit auch schon schwierige Dinge erlebt haben, dadurch zum Beispiel Ängste resultieren, von Verlassenwerden, aber auch von zu viel Nähe und das kommt dann natürlich in Beziehungen raus“, aber auch:

„den eigenen Anteil daran zu erkennen, [Menschen mit der Borderline-Störung suchen häufig] Gründe im Außen die Schuld sind warum es ihnen schlecht geht, auch fehlende Selbstregulation, oder [die] Fähigkeit innere Spannungen oder Konflikte zu regulieren, oder auszugleichen“ (Transkript S.12), diese Kompetenzen sind oftmals nicht, oder nur unzureichend erlernt worden.

MitarbeiterIn F beschreibt, dass sich das Krankheitsbild häufig durch „ambivalentes, manipulatives, grenzüberschreitendes [und] forderndes Verhalten“ erkennbar macht, ebenso mache sich auch „viel Unsicherheit“ auf Seiten des/der erkrankten Person bemerkbar (vgl. Transkript S.54).

Für MitarbeiterIn B ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung auch durch ein gewisses „destruktives Verhalten“ charakterisiert, unabhängig davon, ob sich dies durch eine Störung im Essverhalten, durch selbstverletzendes Verhalten (wie beispielsweise Ritzen) oder wie bereits zuvor erwähnt, durch ein schädliches bzw. instabiles Beziehungsverhalten usw. bemerkbar macht (vgl. Transkript S.12).

Mehrere der befragten Personen geben an, dass Borderline-Erkrankte keine einfachen KlientInnen seien und oftmals die Fähigkeit besitzen würden, das Betreuungspersonal „auf Trab“ zu halten (vgl. Transkript S.55). Darauf, welche Situationen für die BetreuerInnen aber nun als herausfordernd gelten, wird im nächsten Punkt genauer eingegangen.

## 8.2. Herausforderungen in der Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Störung

Bei der Frage „Welche Situationen empfindest du persönlich als herausfordernd in der Betreuung von Menschen mit der Borderline-Störung?“, nannten drei von sechs der befragten Personen, dass im Teilzeitbetreuten Wohnen vor allem Gruppenaktivitäten in Anwesenheit eines (oder mehrerer Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung) schwierig sein können.

### 8.2.1. Herausforderungen im Gruppen-Setting

MitarbeiterIn A schildert, dass während einer Gruppenaktivität die Aufmerksamkeit des Betreuers/der Betreuerin immer mehreren BewohnerInnen gelte, was ohnehin schon anspruchsvoll sei, da häufig mehrere Personen gleichzeitig mit einem kommunizieren, oder sich die BewohnerInnen untereinander austauschen und man als BetreuerIn so auf mehrere Dinge parallel zu achten habe. Als besondere Herausforderung in dieser Situation wird jedoch „*die hohe Empfindlichkeit*“ bei Menschen mit der Borderline-Störung genannt. Es bedarf an sehr viel Aufmerksamkeit und es wird viel von den BetreuerInnen eingefordert, damit Gruppen-Situationen nicht ausarten. MitarbeiterIn A bekundet:

*„...wenn man selber die Aufmerksamkeit auf mehrere Leute richten muss und da steht jemand dabei mit einer Borderline-Störung, muss man trotzdem immer so ein bisschen gewahr sein, wie moderiert man jetzt die Gruppe und das kann oft anstrengend sein, wenn man oft 100.000 Sachen gleichzeitig macht, alle reden mit einem gleichzeitig, da kann es schon einmal passieren, dass irgendwie was ausufert [und] man sich eben in die Bredouille redet“.*

*„Da genügt oft ein Satz, der wird in Frage gestellt, auf die man keine passende Antwort hat und dann ist es eine Herausforderung da wieder raus zu kommen“ (Transkript S.4).*

MitarbeiterIn C ist derselben Meinung und beschreibt ebenfalls Gruppenangebote als schwieriger im Beisein von Menschen mit der Borderline-Störung. Zum einen wenn es darum geht, dass unterschiedliche Personen unterschiedliche Meinungen und Sichtweisen zu bestimmten Themen

haben (dürfen) und zum anderen bezogen auf das ständige Vorausdenken als Betreuungsperson um mühselige Situationen, die dann ebenso belastend für alle teilnehmenden BewohnerInnen werden können, zu vermeiden:

*„auch eine allgemeine Sicht über das Thema nahelegen zu können, das ist irgendwie auch eine Herausforderung“...*

*„und auch vielleicht dem Borderline-Erkrankten klar zu machen, wieso der andere vielleicht so handeln könnte“...*

*...„und auch immer wieder das Maß zu finden. Kann man das dem Bewohner jetzt zumuten, kann man es nicht zumuten, ist es jetzt der richtige Zeitpunkt, also einfach auch selbst reflexiv zu sein, ist finde ich eine alltägliche Herausforderung mit Borderlinern. Weil man weiß, wenn es total unüberlegt ist, kommt man von einer blöden Situation in die nächste und das versucht man ja zu vermeiden“ (Transkript S.24).*

Auch MitarbeiterIn E erwähnt, dass Gruppenangebote nicht immer einfach seien, geht jedoch nicht tiefgreifender auf dieses Themengebiet ein.

Einige der bereits erwähnten Punkte treffen wie weiterfolgend angeführt wird, auch bei der „Eins zu Eins-Betreuung“ (also im Einzel-Setting zwischen dem/der BetreuerIn und dem/der KlientIn) zu und sind somit nicht ausschließlich im Gruppenkontext vorzufinden.

### 8.2.2. Herausforderungen in der „1 zu 1 -Betreuung“

MitarbeiterIn A gibt an, dass sowohl das Gruppen-Setting als auch die Einzelbetreuung herausfordernd werden kann:

*„Also kann natürlich auch alles ganz normal verlaufen, aber wenn wir jetzt von Herausforderungen sprechen, ist es eigentlich beides, weil eigentlich ständig auf der Lauer gelegen wird um den Anderen [...] aufzudecken, dass der das doch böse meint, oder das da was im Busch ist gegen ihn“ (Transkript S.4).*

Auch MitarbeiterIn C ist der Meinung, dass es ebenso im Einzel-Setting notwendig sei, sich vorab genau zu überlegen, was man wie in Anwesenheit eines/einer Betroffenen anspricht oder nicht. Die erkrankte Person aus einer prekären Lage wieder hinauszuführen erscheint jedoch besonders mühevoll:

*„...wenn ich jetzt zum Beispiel bei einer Bewohnerin bin und man hat eine 1 zu 1 -Betreuung, dann überlegt man sich schon doppelt und dreifach [...] wie man was sagt, wie man darauf reagiert wenn sie etwas sagt. Ich glaube schon das man mehr überlegt, als bei jemand anderem...“*

*„...ich finde es vor allem herausfordernd, wenn man etwas gesagt hat, was einem vorher vielleicht gar nicht so bewusst gewesen ist und das dann irgendetwas auslöst beim Borderline erkrankten Menschen, dass der sich einfach nicht beruhigen kann und aus dieser Situation herauszukommen ist finde ich einer der Hauptsachen, die wirklich schwierig sind“  
(Transkript S.23f.).*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl im Einzel- als auch im Gruppen-Setting die hohe Empfindsamkeit bei Menschen mit der Borderline-Erkrankung herausfordernd für das Betreuungspersonal werden kann. Die BetreuerInnen schildern, dass es stetig notwendig sei, mit Bedacht die richtigen Worte zu wählen und es somit schon wirklich vorab ratsam sei, zu überlegen, wie Dinge formuliert werden, damit sich die betreffende Person nicht persönlich angegriffen fühlt. Oftmals kann es ein unbedachter Satz sein, der eine Krise auslöst, aus dieser Situation wieder herauszukommen empfinden ebenso drei von sechs Betreuungspersonen herausfordernd. Speziell bei Aktivitäten mit mehreren BewohnerInnen können die BetreuerInnen sehr gefordert sein, damit sich niemand der BewohnerInnen benachteiligt oder falsch verstanden fühlt und ein gutes Gruppenklima aufrecht erhalten werden kann.

Kreisman und Straus (vgl. 2011, S.147ff.) stellen eine strukturierte Kommunikations-Methode vor, die besonders dann hilfreich in der Anwendung sein kann, wenn sich Personen mit der Borderline-Störung in einer Krise befinden. In dieser Situation beherrschen nämlich besonders Angst, das Gefühl nicht verstanden zu werden und große Hilflosigkeit die Emotionen des Menschen mit der Borderline-Störung. Wutausbrüche, Suizidandrohungen oder -versuche können die Folge dessen

sein. Die SET-Kommunikation (= Support, Empathy, Truth) soll dazu dienen, Angstgefühle anzusprechen und größere Konflikte zu vermeiden. Hierfür ist es notwendig, unterstützende Aussagen zu tätigen (Support). Beispielsweise kann verdeutlicht werden, dass man sich wirklich Gedanken um die betreffende Person macht, oder besorgt ist, wenn man sieht, dass er/sie... usw. Diese Aussagen bekennen den Willen, helfend und unterstützend sein zu wollen. Die Betonung des Gesagten sollte dabei auf den Gefühlen des Sprechers liegen. Durch Äußerungen wie „Ich kann sehen wie traurig du bist“ oder „Das muss sich wirklich schlimm für dich anfühlen“, ist es möglich, sein Mitgefühl (Empathy) auszudrücken. Wichtig hierbei ist, Empathie nicht mit Mitleid zu verwechseln und Aussagen wie „du tust mir Leid“ zu vermeiden. Gesagtes soll möglichst wertfrei formuliert werden, Aussagen wie „ich weiß genau wie du dich fühlst“ sollten ebenso unterlassen werden. Die Wahrheit (Truth) zu kommunizieren zielt hingegen darauf ab, Realität widerzuspiegeln und zu veranschaulichen, dass Eigenverantwortung nicht durch die Hilfeversuche Anderer übernommen werden kann (vgl. Rösel 2012, S.70f.). Wohingegen unterstützende und mitfühlende Aussagen anerkennen und respektieren, wie sich die betroffene Person fühlt, zeigen Wahrheits-Äußerungen oft Problemstellungen auf. Es ist darauf zu achten, dass Wahrheits-Aussagen neutral und sachbetont kommuniziert werden. Ein Beispiel wäre: „Das und jenes ist passiert... so sehen die Folgen, die sich aus dieser Situation ergeben aus... hierbei kann ich mich beteiligen, was hast du vor zu tun?“. Zudem gilt es darauf zu achten, keine Schuldzuweisungen („das ist eine blöde Situation, in die du uns gebracht hast“) zu tätigen (vgl. Straus 2011, S.149).

Im nächsten Punkt wird nun näher darauf eingegangen, welche Situationen anspruchsvoll innerhalb der Beziehungsarbeit zwischen dem/der KlientIn und dem/der BetreuerIn sind und welche Ressourcen vonnöten sind, damit solche Situationen nicht zur Belastung werden.

### 8.2.3. Herausforderungen auf Beziehungsebene

MitarbeiterIn A geht erneut näher auf die bereits genannten Schwierigkeiten ein, nämlich die hohe emotionale Empfindsamkeit bzw. Verletzlichkeit vieler Personen mit der Borderline-Störung. Hinzu kommt der vergleichsweise hohe Zeit- und auch Energieaufwand, eine Person bei Befindlichkeitsschwankungen zu begleiten, oder diese aus einer Krise zu führen. Nicht zu

vergessen sind die notwendigen persönlichen Ressourcen des Betreuungspersonals, sich selbst affektiv gut vom Leidensdruck der betreffenden Person abgrenzen zu können.

*„Menschen mit der Borderline-Störung „nehmen die normalsten menschlichen Regungen, die andere Leute vielleicht gar nicht bemerken täten, als Angriff gegen sich selbst war und das ist schon anstrengend. Dass man da eigentlich so viel Zeit aufwendet jemanden nicht zu beleidigen, oder jemanden aus einer Beleidigung wieder raus zu holen und sich selbst so distanzieren muss dabei, damit man [...] am Ende nicht glaubt, man ist wirklich der Auslöser für dessen Seelenleid. Also diese Distanz zu bewahren ist [...] ein richtiger Energieaufwand finde ich, wo man selber schon mal durch schnaufen muss danach“ (Manuskript S.4).*

Wie bereits im Theorie-Teil erwähnt, wird die Beziehung zu an Borderline erkrankten Personen geprägt von Konflikten, Spannungen und Beziehungsabbrüchen. Ursachen hierfür sind häufig fehlendes Selbstvertrauen, Schwarz-Weiß-Denken und Überbewertung von Gesagtem (vgl. Rahn 2010b, S.1359). Zudem kommen ergänzend die allgemeine Instabilität der Borderline-Persönlichkeiten und die unzureichende Fähigkeit der Selbstwahrnehmung hinzu, was weiterhin bedeutet, dass es für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung noch schwieriger wird, sich auf ein Gegenüber einzulassen (vgl. Rösel 2012, S.56). Dies kann erklären, warum es für die BetreuerInnen so herausfordernd erscheint, in einer Art und Weise zu handeln und kommunizieren, in der sich der/die Person mit der Borderline-Erkrankung nicht durch etwaige Äußerungen angegriffen oder gar abgelehnt fühlt und dies dazu führt, dass scheinbar belanglose Situationen ausarten.

MitarbeiterIn B beschreibt ebenso Herausforderungen im Beziehungskontext zwischen dem/der BetreuerIn und der zu betreuenden Person:

*„Herausfordernd finde ich sehr oft was sich in der Beziehung abspielt, dass man im Endeffekt immer wieder in Situationen kommt, wo man das Gefühl hat, man kann nicht das Richtige tun, auch wo so ganz arge Schuldgeschichten mitschwingen, wo man merkt man kommt in so eine Haltung, wo man das Gefühl hat, man ist jetzt Schuld, dass es dem Menschen so geht. Was sicher ein Hinweis darauf ist, wie es den Leuten selber so geht, oder das da oft ein Schuldgefühl dabei ist und sich das dann überträgt, diese Emotion auf den Helfer und dass*

*man dann in eine Situation kommt, wo man das Gefühl hat, egal was ich jetzt mache, eigentlich kann ich jetzt nichts richtigmachen“ (Transkript S.13).*

Rösel (vgl. 2012, S.59ff.) ist derselben Ansicht und schreibt, dass Gefühle wie Aufgebrachtsein, Hilflosigkeit, Verwirrung usw. oft auf den/die HelferIn übertragen werden. Die kleinste kritische Bemerkung oder geringste Abgrenzung kann als Bedrohung wahrgenommen werden und löst Angstgefühle beim Menschen mit der Borderline-Störung aus. Dementsprechend stark kann die Reaktion darauf ausfallen. Hinzu kommt die Übertragung der Verantwortung an das Gegenüber, um zu verdeutlichen, dass selbst keine Verantwortung für das gegenwärtige Konfliktgeschehen getragen wird. Durch Ausüben von emotionalem Druck bestätigen Betroffene häufig, dass der/die andere Person „schuld“ an dieser (oder einer anderen) Situation ist.

Zudem äußert MitarbeiterIn B:

*„...und das ist dann eben das Herausfordernde, dass man in Rollen gedrängt wird, wo Übertragungen im Spiel sind, wo man das Gefühl hat [...] da will man gar nicht hin, aber man empfindet es dann so als würde man wirklich gar keine andere Wahl haben, oder keine Möglichkeit da raus zu kommen, weil man so dahin gedrängt wird von der Person, also da reinszenieren sich Dinge aus der Vergangenheit, wo es ganz schwierig wird da wieder auszusteigen“ (Transkript S.14).*

Dazu kann es beispielsweise dann kommen, wenn die an Borderline erkrankte Person durch ein Gefühl oder eine Äußerung „getriggert“ wird. Dies bedeutet, dass eine Botschaft übersendet wurde, welche den/die Betroffene/n an ein erlebtes Trauma erinnert und es dadurch zu intensiven emotionalen Reaktionen kommen kann, die nicht in Verbindung mit der aktuellen Situation stehen. Ebenso ist es möglich, dass sich der/die Borderline-KlientIn selbst triggert. Damit vermischen sich erlebte traumatisierende Geschehnisse mit der Gegenwart und führen dazu, dass sich Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Rolle des Opfers wahrnehmen und aus dieser Situation heraus reagieren (vgl. Rösel 2012, S.60f.).

Für MitarbeiterIn D ist es besonders herausfordernd, dass man sich in der Betreuungsarbeit nicht auf die Beziehung verlassen kann:

*„das was man glaubt was da ist, was dann aber immer wieder kippt, so nicht da ist, das finde ich am schwierigsten“,*

*„man glaubt man hat denjenigen und man ist irgendwo angedockt und das ist dann aber wieder weg, es bleibt nicht“ (Transkript S.35f.).*

Ebenso besteht die Problematik, dass Personen im HelferInnenkreis (kann ebenso auf Familie und Freundschaften zutreffen) häufig gegeneinander ausgespielt werden:

*„wenn sie jetzt über mich schimpfen, bei wem anderen, oder über wen anderen bei mir“ (Transkript S.35) empfinde ich das als herausfordernd.*

Nach Rahn (vgl. 2010a, S.105) erscheint dieses Verhalten „völlig normal“, da durch die Zusammenarbeit im Team unterschiedliche Kommunikationsweisen, Weltanschauungen, Kompetenzen etc. aufeinandertreffen und die Gefahr erhöht ist, dass Menschen mit der Borderline-Störung „Katastrophen“ daraus spinnen und es aufgrund der Unterschiedlichkeiten weiterführend auch zu Disharmonien innerhalb des Teams kommt. Die Qualität der Teamarbeit im Umgang mit der Borderline-Störung zeigt sich, wenn die Verschiedenheiten und Unstimmigkeiten unter den BetreuerInnen ausgehalten oder in Hinsicht auf die Betreuungsarbeit sogar konstruktiv genutzt werden können. Hierfür ist es oftmals nützlich, eine „Außenperspektive“ einzuholen und hinsichtlich der emotionalen Herausforderungen, Aufschluss- und Unterstützungsmöglichkeiten in Form einer Supervision zu erfahren.

Da nun auf die gewonnenen Ergebnisse hinsichtlich der Beziehungsarbeit eingegangen wurde, sollen weiterführend die Herausforderungen des Alltags näher betrachtet werden.

#### 8.2.4. Herausforderungen in der Alltagsbewältigung

Auf die Frage hin, ob es innerhalb der Alltagsbewältigung (z.B.: Durchführung von Haushaltstätigkeiten, Wahrnehmen von Terminen, tagesstrukturierende Maßnahmen usw.) Situationen gibt, die herausfordernd für die BetreuerInnen sind, antwortete MitarbeiterIn F mit:

*„man muss natürlich schon damit rechnen, dass jede Kleinigkeit zu etwas Großem werden kann. Wenn es dem Menschen gerade nicht passt wie der Alltag läuft, oder wenn es irgendetwas gibt, was man gerade machen soll“ (Transkript S.57).*

MitarbeiterIn A schließt sich dessen an und teilt mit, dass im Bereich der Alltagsbewältigung nahezu alles herausfordernd werden kann. Dies liegt aber nicht an den täglichen Aufgaben, sondern ist stark an die Befindlichkeit des Bewohners/der Bewohnerin mit der Borderline-Störung geknüpft. So sind die Antworten:

*„Wenn ich mit einem Bewohner/ einer Bewohnerin den Alltag bewältige, ja alles!“*

*„die Fallen lauern überall“*

*„die Meisten sind ja alltagsmäßig so ganz fit“*, jedoch wird manchmal die

*„Erlernte Hilflosigkeit“* der BewohnerInnen sichtbar (Transkript S.4).

MitarbeiterIn E fügt hinzu, dass es herausfordernd ist,

*„wenn [die BewohnerInnen nicht bereit sind sich auf die Prozesse einzulassen, also wenn sie schon vorher abblocken“ (Transkript S.46)* und Vorhaben auf Grund dessen nicht durchgeführt werden können.

Bezogen auf die erlernte Hilflosigkeit vieler BewohnerInnen ist zu sagen, dass die Kompetenz, auf negativ empfundene Situationen zu reagieren, bzw. diese zu beenden, eng damit geknüpft ist, wie selbstsicher die betreffenden Personen sind. Somit stellt ein gewisses Maß an Selbstvertrauen die Basis dar, um die eigene Lebenswelt aktiv gestalten zu können. Forschungen liegen zu Grunde, dass besonders das Auslebendürfen der individuellen Charakterstärken und der subjektiv als wichtig empfundenen Werthaltungen eine zentrale Rolle bei der Steigerung des Wohlbefindens und der persönlichen Entwicklung spielen (vgl. Rietzler o.J; o.S. zit. n. Seligman o.J; o.S). Die Beständigkeit der Unterstützung und Begleitung durch geschulte MitarbeiterInnen, wie die Möglichkeit der BewohnerInnen ihr Selbstbild zu stärken und die individuellen Fähigkeiten zu entdecken, wirkt sich günstig auf die Maximierung der Wirksamkeitsfaktoren aus und führt zu einer Verbesserung der Bewältigungsstrategien (vgl. Rahn 2010a, S.88f.).

### 8.2.5. Herausforderungen in Krisensituationen

Menschen in Krisensituationen zu betreuen und zu begleiten ist auch für die ExpertInnen keine einfache Angelegenheit. In diesem Punkt wird dargestellt, welche Situationen oder Verhaltensweisen die MitarbeiterInnen im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung als herausfordernd empfinden.

Wie bereits zuvor dargestellt, äußerten insgesamt drei BetreuerInnen, dass es oft an einer unbedachten Formulierung liegen kann, dass eine Situation ausartet oder zu einer Krisensituation wird. Neben der Herausforderung, Krisensituationen zu vermeiden, gaben ebenso drei der befragten Personen an, dass es eine große Anforderung sei, wieder aus so einer Situation heraus zu kommen.

MitarbeiterIn C schildert:

*„wenn man etwas gesagt hat, was einem vielleicht vorher nicht so bewusst gewesen ist und das hat irgendetwas ausgelöst beim Borderline erkrankten Menschen, dass sich der Mensch einfach nicht beruhigt [...], aus dieser Situation wieder herauszukommen ist finde ich einer der Hauptsachen, die wirklich schwierig sind“ (Transkript S.23).*

MitarbeiterIn F schließt sich dem an. Häufig sind es Symptomaten der Erkrankung (zum Beispiel manipulatives Verhalten oder emotionale Erpressung), die die Betreuungssituation erschweren können (vgl. Transkript S.55). Manipulationen und emotionale Erpressung verfolgen das Ziel, das Gegenüber aufgrund seiner/ihrer Emotionen und Bedürfnisse zur Einwilligung der Forderungen seitens des Erpressers/ der Erpresserin einzufordern. Diesbezüglich können alle Facetten der Kommunikation angewandt werden (z.B.: Aussagen wie „wenn ich euch wichtig wäre, dann würdet ihr...“, „wenn dies und jenes nicht möglich ist, werde ich mich ritzen...“, aber auch Distanz, Stillschweigen, Seufzer, veränderte Mimik usw. können eingesetzt werden). Innerhalb der Betreuung gilt es, sich und den/die BewohnerIn bewusst wahrzunehmen und angemessene Grenzen zu setzen, um den Vorgang zu durchbrechen. Die BetreuerInnen übergeben damit die Verantwortung wieder an den/die KlientIn und übermitteln außerdem Beständigkeit (vgl. Rösel 2012, S.72f.).

Der Weg aus Krisensituationen herauszukommen ist meist anspruchsvoll. Aber auch mit den Emotionen, die einem entgegengebracht werden, adäquat umzugehen, ist wie folgend dargestellt wird nicht immer einfach für das Fachpersonal:

*„Fordernd finde ich [...], wenn es zu so dramatischen Szenen kommt und die Gefühle so stark überschießen [...] wo jeder andere nicht so stark reagieren würde“*

*„und da einen Weg heraus zu finden, wo es dann beiden gut geht, finde ich sehr fordernd“  
(Transkript S.55).*

MitarbeiterIn E beschreibt, dass es manchmal nicht ganz klar ist, was der eigentliche Grund für die emotionale Problematik ist. Zu erkennen, worum es geht (auch wenn beispielsweise andere Botschaften gesendet werden) und in der Situation entsprechend darauf zu reagieren stellt eine Herausforderung dar. Ebenso die starke Emotionalität, mit der die MitarbeiterInnen von einigen Borderline-KlientInnen konfrontiert werden, ist nicht immer leicht:

*„ich finde es sehr schwer, oft den richtigen Grund herauszuhören [...] diese Situation so nachempfinden zu können [...] besonders wenn es um so ganz triviale Sachen geht“*

*„diese Wucht an Emotionen ist auch nicht leicht auszuhalten und die [KlientInnen] werden dann auch persönlich und [...] sind grenzüberschreitend“*

*„trotzdem wertschätzend und helfend zu sein ist auch nicht einfach in der Praxis“ (Transkript S.45).*

Wenn Personen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Krisen geraten, kann es bei vielen eine Zeit lange dauern, bis das Aufgebrachtsein schwindet und sich die emotionale Stimmungslage beruhigt. Dies beinhaltet, dass sich die damit verbundenen Gefühlslagen auch nicht an den Dienstzeiten der BetreuerInnen orientieren, somit ist es in erster Linie erforderlich, genaue Vereinbarungen und Grenzen bezüglich der Krisenbewältigung festzulegen (vgl. Rahn 2010a, S.102) und während des Gespräches ehrlich, aber gleichzeitig auch mitfühlend zu reagieren (siehe SET-Kommunikation 8.2.2. „Herausforderungen in der 1 zu 1 Betreuung“).

### 8.2.6. Bereich Sonstiges

Drei MitarbeiterInnen äußern auf die Nachfrage, ob es innerhalb des Bereichs „Wohnen“ zu Herausforderungen kommen kann, dass es besonders in Wohngemeinschaften wichtig ist, schon vorab gut darauf zu achten, wer mit wem zusammenlebt und dabei zu unterstützen, dass Konfliktsituationen (welche ebenso in Wohngemeinschaften ohne Borderline-KlientInnen auftreten) gut gelöst werden.

Auch der zeitliche Aufwand (z.B.: zur Selbstreflexion, damit eine Situation nicht eskaliert, oder aber um eine Person aus der Krise zu begleiten) wurde mehrfach genannt. Hinzugefügt wird hierbei noch, dass die Begleitung von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung *„Prozesse sind, die unglaublich lange dauern“* (Transkript S.47), ehe man einen Fortschritt sieht. Menschen über einen langen Zeitraum hinweg zu begleiten und oftmals nur geringe Entwicklungen wahrzunehmen, kann sich ebenso Kräfte zehrend auf die MitarbeiterInnen auswirken (vgl. ebd.).

Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung haben nicht selbstverständlich die Kompetenz, Unterstützungsangebote anzunehmen und mit den BetreuerInnen an einem Strang zu ziehen. Viele Personen müssen erst lernen, wie Beziehungen aufgebaut und Vorschläge angenommen werden, sodass Entwicklung geschehen kann. Aus diesem Grund kann es für die BetreuerInnen ermutigend sein, sich auch noch so kleine Entwicklungsschritte bewusst zu machen, da Veränderung in vielen Stufen geschieht (vgl. Rahn 2010a, S.89).

### **8.3. Unterstützungsleistungen im TZWpsy**

Während der Befragung konfrontierte ich die sozialpsychiatrischen BetreuerInnen mit der Fragestellung, wie Menschen mit psychischer Erkrankung im Teilzeitbetreuten Wohnen der alpha nova unterstützt werden. Diese Frage bezieht sich auf alle BewohnerInnen mit psychischer Beeinträchtigung, die im TZWpsy wohnhaft sind und soll veranschaulichen, welchen Nutzen die BewohnerInnen aus den Wohn- und Betreuungsangeboten ziehen können.

MitarbeiterIn B beschreibt zu allererst die Abdeckung der wichtigsten Prämissen. Es soll den BewohnerInnen möglichst viel Stabilität ermöglicht werden:

*„Also das Erste ist denke ich, wenn ich mit den Grundbedürfnissen anfangen [...] das Wohnen, aber jetzt nicht nur mit einem Bett, sondern wirklich Wohnen in einer Wohnung, die einfach, ich sage jetzt einmal angenehm dimensioniert ist von der Größe, die auch mindestens ein eigenes Zimmer hat, wenn es eine Wg ist, die jetzt nicht abgewohnt ist, sondern schon auf einem gewissen Standard ist, das ist einmal die Grundgeschichte. Dann, dass jemand da ist, also die Beziehungsarbeit. Dass jemand da ist wo sich die Leute hinwenden können, über ihre Anliegen, Sorgen sprechen können [...], die medizinische Unterstützung ist ganz wichtig. Schauen, dass die Medikamente regelmäßig eingenommen werden... Kontakte mit Ärzten, Termine ausmachen bei Ärzten, also wirklich schauen dass das Medizinische ausreichend und gut abgedeckt ist [...] natürlich auch Begleitung bei Behördengängen, Ämtergeschichten, finanzielle Abklärung, das ist ganz wichtig, gerade am Anfang [...] und ein massiver Unsicherheitsfaktor auch für die Leute, weil das einfach dazu beiträgt, dass sie vielleicht auch psychisch nicht so stabil sind... und dann denke ich, ist es nach oben hin offen wie die Betreuung ist“ (Transkript S.16f.)*

MitarbeiterIn E sieht es ähnlich. Durch die bereitgestellten Wohnverhältnisse und die Betreuung von geschulten MitarbeiterInnen, können Menschen mit psychischer Erkrankung wieder einem vergleichbar normalen Leben innerhalb ihrer Erkrankung nachkommen und lernen, ein höheres Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen (vgl. Transkript S.49). Wie bereits im Theorieteil beschrieben (siehe 4.5. „Prinzipien und Arbeitsweisen“ - Empowerment), achten die BetreuerInnen darauf, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen. Ziel ist es, ein hohes Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen, ohne die BewohnerInnen dabei zu überfordern.

Mitarbeiterin A stellt fest, dass das Vorhandensein von Struktur hilfreich für Menschen mit psychischer Erkrankung ist, da dies etwas ist, woran sich die Personen orientieren können und so weniger oft in Krisen geraten. Mitarbeiterin D nennt die Tagesstrukturierung in Form eines Jobs, oder der Erschaffung einer individuellen Tagesstruktur, angepasst an die jeweiligen Bedürfnisse

des Bewohners /der Bewohnerin, als Beispiel (vgl. Transkript S.39). Ebenso die Einnahme der verordneten Medikation ist laut MitarbeiterIn A ein wichtiger Parameter (z.B. bei der Diagnose Schizophrenie) zur Aufrechterhaltung von Stabilität. Das Absetzen oder die unregelmäßige Einnahme der Medikamente könnten die betreffenden Personen weit in ihrer Entwicklung zurückfallen lassen und lange Krankenhausaufenthalte nach sich ziehen (vgl. Transkript S.7). Auch der Schutz vor Verwahrlosung ist laut MitarbeiterIn F bei manchen KlientInnen erforderlich (vgl. Transkript S.58).

MitarbeiterIn C benennt das Zielmanagement, welches zuvor schon in 4.5. „Prinzipien und Arbeitsweisen“ ausführlicher beschrieben wurde, als eine der Hauptaufgaben in der Unterstützungsarbeit des Teilzeitbetreuten Wohnens. Hierbei werden die BewohnerInnen hinsichtlich der Umsetzung ihrer individuellen Zielplanungen und Wünsche unterstützt, auch wenn es sich um langfristige Zielsetzungen handelt, dessen Prozesse über Jahre andauern können. Neben einigen weiteren Angelegenheiten, wie beispielsweise der Unterstützung zur selbstständigen Bewältigung des Alltages (Haushaltsführung, Arbeit oder tagesstrukturierende Maßnahmen), sind die BetreuerInnen auch immer wieder bemüht, den BewohnerInnen „*das Leben schmackhaft zu machen*“. So werden die KlientInnen beispielsweise wiederkehrend dazu motiviert, neue Dinge auszuprobieren, oder es werden Möglichkeiten geschaffen, um soziale Kontakte knüpfen zu können (Transkript S.27f.).

Laut der Bedürfnispyramide nach Maslow (vgl. Effinghausen 2014, S.182f.) sind es zunächst die Grundbedürfnisse (Trinken, Essen, Schlafen), welche gestillt werden müssen, um das Überleben zu sichern. Lebenswichtig erscheint aber auch das Gefühl von Sicherheit (materielle und berufliche Sicherheit). Hier fällt auch die Wohnbetreuung, also das Wohnen in einer eigenen Wohnung, hinein und nimmt einen zentralen Stellenwert ein (sowohl für psychisch beeinträchtigte Menschen als auch für Personen ohne Diagnose). Zwei weitere wichtige Stufen sind die sozialen Bedürfnisse (Kommunikation und Beziehung), aber auch die soziale Anerkennung (Respekt, Wertschätzung, Status), welche im Leben eines Menschen nicht fehlen sollten, um sich weiterfolgend selbst verwirklichen zu können.

Das Bestehen eines guten Betreuungsschlüssels und die Möglichkeit, die BewohnerInnen individuell und ressourcenorientiert zu betreuen, wirkt sich ebenso positiv auf die Betreuungsqualität und somit auf die Bedürfnisse eines Menschen sowie dessen Stabilität und Zufriedenheit aus. Aber auch die Gemeinschaftsaktivitäten innerhalb des Betreuten Wohnens, der gegenseitige Austausch, das Miteinander-Spaß-haben sowie Ausflüge und Urlaube tragen laut MitarbeiterIn A zu mehr Wohlbefinden der KlientInnen bei (vgl. Transkript S.8). MitarbeiterIn D schließt sich dessen an und betrachtet es als Aufgabe, den BewohnerInnen zu einem möglichst qualitativem Leben (gemessen an den individuellen Vorstellungen und Bedürfnissen) zu verhelfen und dazu beizutragen, den BewohnerInnen mehr Lebensfreude zu ermöglichen (vgl. Transkript S.39), wobei die MitarbeiterInnen nach MitarbeiterIn F hierbei auch sicherlich als positive Rollenvorbilder agieren können (vgl. Transkript S.58).

Die MitarbeiterInnen des Teilzeitbetreuten Wohnens haben nun einige Faktoren genannt, die sich aus ihrer Sicht positiv auf das Leben und die Befindlichkeit der BewohnerInnen im Teilzeitbetreuten Wohnen auswirken. Im nachfolgenden Punkt wird nun im Speziellen auf Menschen mit der Borderline-Störung eingegangen.

#### **8.4. Unterstützungsleistungen im TZWpsy für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

In diesem Punkt soll nun näher darauf eingegangen werden, durch welche Methoden, Angebote oder Betreuungsinhalte im Speziellen Menschen mit der Borderline-Störung innerhalb des Teilzeitbetreuten Wohnens hinsichtlich ihres Krankheitsbildes oder in ihrer persönlichen Entwicklung unterstützt und gefördert werden können.

Für MitarbeiterIn B sind „*kompetente und professionelle MitarbeiterInnen*“ das Entscheidendste innerhalb der Betreuungsarbeit. Danach folgen unterschiedliche Methoden und Interventionen, wie weiterfolgend noch ausführlicher veranschaulicht werden soll (vgl. Transkript S.18).

#### 8.4.1. Die Struktur

Fünf von sechs befragten Personen gaben an, dass vor allem die Struktur wichtig für Menschen mit psychischer Erkrankung, vor allem aber für Personen mit der Borderline-Erkrankung, sei. So spielen besonders Kontinuität, das Treffen und Einhalten von Vereinbarungen sowie geregelte Betreuungszeiten (z.B. ein 30-minütiger Termin pro Tag) eine wichtige Rolle für die BewohnerInnen im Teilzeitbetreuten Wohnen.

MitarbeiterIn E schildert:

*„Ich glaube in erster Linie tut [Menschen mit der Borderline-Störung] gut, dass sie eine Struktur haben. [...] wann gibt es was, wann gibt es was nicht, also einfach klare Rollen [...] da sind die Betreuer, da sind die Ärzte, da sind die professionellen Helfer. Das ganze System glaube ich und die Struktur hilft ihnen schon“ (Transkript S.49).*

MitarbeiterIn D ist derselben Meinung und teilt ebenso mit, dass die vorgegebene Struktur wichtig sei, da Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung oft selbst keine „innere Struktur“ hätten und dies somit unterstützend für sie sein kann:

*„die Struktur die wir haben, die wir vorgeben... auch wenn sie immer wieder versuchen auszubrechen, aber die ist trotzdem wichtig, weil selber haben sie ja oft auch sehr wenig [Struktur], weil sie so schwanken zwischen [dem] Einem und [dem] Anderen und das für sich selber nicht haben“ (Transkript S.40).*

Arzt und Psychotherapeut Ewald Rahn (vgl. 2010a, S.90) schließt sich in seinem Buch „Umgang mit Borderline-Patienten“ dieser Meinung an und teilt den LeserInnen mit, wie zentral Struktur und Klarheit bei der Hilfestellung für Borderline erkrankte Menschen seien, da ohnedies ambivalentes Verhalten und Verunsicherung hervorgerufen und destruktive Verhaltensweisen begünstigt würden:

*„Die Vermittlung von Strukturen dient daher vor allem der Orientierung und Sicherung der Zusammenarbeit“ (Rahn 2010a, S.100).*

MitarbeiterIn B fügt des Weiteren hinzu:

*„Vereinbarungen sind glaube ich auch so ein um und auf. Was tue ich, wenn du mit Suizid drohst, was tue ich, wenn du dich selbst verletzen willst und am besten schon ausgemacht [...] vor einer Krise, dass man das dann schon parat hat, dass die Leute wissen, was die Betreuer dann auch tun“.*

*„...also Kontinuität, Konsequenz und diese Einhaltung von Vereinbarungen, das ist sicher ganz wichtig für die Leute...“ (Transkript S.18).*

Vereinbarungen können Sicherheit und Stabilität hervorbringen und unterstützen dabei, einen Pfad durch den Irrgarten der Beziehungsarbeit zu schaffen. Entscheidend ist hierbei, dass Vereinbarung klar formuliert und verifizierbar sind, denn nur so können sie den/die Borderline-Erkrankte/n davor bewahren, unrealistische Erwartungen zu erhoffen. Ratsam ist es, Vereinbarung durch gemeinsame Ziele aufzusetzen, wiederkehrend zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen (vgl. Rahn 2010a, S.91).

#### 8.4.2. Das professionelle Beziehungsangebot

Sechs von sechs befragten Personen gaben in unterschiedlicher Form an, dass besonders die Tragweite eines ernsthaft gemeinten, verlässlichen und konstanten Beziehungsangebotes (dies schließt auch den Beziehungsaufbau und die fortwährende Arbeit an der Beziehung mit ein) ein wichtiger Faktor in der Arbeit mit den KlientInnen und deren Stabilisierung darstellt.

Für MitarbeiterIn A spielt hierbei das „soziale Lernen“ eine elementare Rolle. Menschen mit der Borderline-Störung sollen die Chance haben, „positive Erfahrungen zu machen mit Menschen“ (Transkript S.8). Verlässlichkeit und das Gefühl, nicht mit den eigenen Gefühlen und Problemen alleine zu sein, können sich ebenso förderlich auf die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeit auswirken:

*„Verlässlichkeit ist glaube ich wichtig. Dass sie [gemeint sind Menschen mit der Borderline-Erkrankung] eben merken, dass jemand dableibt, egal wie sie sich verhalten, [...] die Betreuer*

*sind trotzdem da und die bleiben auch und sie sind mir auch nicht böse, wir machen das irgendwie so gemeinsam“ ...*

Ergänzend wird hinzugefügt:

*„unser Beziehungsangebot ist ein konstantes... wir haben zwar eine professionelle Beziehung mit den Leuten, aber dennoch eine sehr wertschätzende“ (Transkript S.8f.).*

MitarbeiterIn C betont ebenso die Beständigkeit innerhalb der Beziehungsarbeit:

*„Die Kontinuität, dass wir immer wieder dranbleiben und nicht einfach die Betreuung sein lassen, wenn es zu viel wird, sondern wir bleiben da“ (Transkript S.29).*

Eine weitere MitarbeiterIn schließt sich dieser Meinung an. Den BewohnerInnen wird aus ihrer Sicht ein gleichbleibendes und sehr vorbehaltloses Beziehungsangebot bereitgestellt, die Authentizität und Transparenz der BetreuerInnen schafft Orientierung und somit in weitere Folge mehr Stabilität. Förderlich für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist im Teilzeitbetreuten Wohnen für MitarbeiterIn D:

*„unser Beziehungsangebot, das kontinuierlich ist und eigentlich sehr bedingungslos und wertfrei...“* aber auch

*„dieses authentische [...] und so eine Klarheit, wo man sich auch orientieren kann daran“ (Transkript S.40).*

Eine angemessene Grundeinstellung, die gekennzeichnet ist durch Mitgefühl, Unterstützung und Verlässlichkeit, ist laut Rahn (vgl. 2010a, S.88f.) ebenso besonders bedeutsam für Personen mit Persönlichkeitsstörungen. Da die Borderline-Störung vorrangig eine Störung des emotionalen Befindens ist und über die gesamte Lebensdauer hinweg durch Beziehungen beeinflusst und verändert wird, stellt die Beziehung zu professionellen HelferInnen ein wichtiges Übungsfeld für das Erlernen alternativer Beziehungsmuster dar.

Für MitarbeiterIn B ist zunächst besonders die „1 zu 1 Betreuung“ (also das Betreuungs-Setting zwischen dem/der BetreuerIn und dem Menschen mit der Borderline-Störung) förderlich. Hierbei kann der/die BewohnerIn lernen, sich in seinem/ihrem Tempo auf das Gegenüber einzustellen

und auch der Betreuungsrahmen kann individuell an die Bedürfnisse des/der BewohnerIn angepasst werden:

*„auch wenn Beziehung generell schwierig ist für die Leute, aber es ist schon ein wichtiger [Faktor], dass sie wen haben [...] eine Person auf die sie sich einstellen können. Das ist schon sehr wichtig, dieser persönliche Kontakt“.*

*„Es muss jetzt nicht der Bezugsbetreuer, oder die Bezugsbetreuerin sein, es kann natürlich auch wer aus dem Team sein, aber generell das individuelle Betreuungs-Setting ist glaube ich ganz wichtig“ (Transkript S.17).*

MitarbeiterIn E fügt hinzu, dass es innerhalb der Beziehungsarbeit für sie ebenso wichtig ist, verständnisvoll und wohlgesinnt auf die Gefühlslagen der Klientinnen einzugehen, es wenn nötig aber gleichermaßen von Bedeutung ist, einen realistischen Blick auf Gegebenheiten zu werfen, beispielsweise dann, wenn es ohne nachvollziehbaren Grund zu starken Gefühlsausbrüchen oder situations-unangemessenen Verhaltensweisen kommt:

*Als förderlich sehe ich „das verständnisvolle Eingehen auf die Problematiken, auf diese emotionalen Problematiken, aber gleichzeitig einen realistischen Blick [dar]auf [zu geben] wie es wirklich ist“,*

*„eine Rückmeldung [zu geben]: ok, du wirst gehört und es wird dir geholfen [...], aber so schlimm ist es nicht [auch, wenn es sich im Moment so für dich anfühlen mag]“ (Transkript S.49f.).*

Rösel (vgl. 2012, S.96f.) bestätigt dies und teilt mit, dass Ehrlichkeit und Rückmeldung wichtig für Menschen mit der Borderline-Störung seien, da diese oft in einer Opferrolle verharren und sich benachteiligt und benutzt fühlen würden. Obwohl Borderline-Erkrankte häufig sehr feinfühlig die Kommunikationssignale ihres Gegenübers wahrnehmen, ist es ihnen nicht gut möglich, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren. Zum einen wünschen und erwarten sich Personen mit der Borderline-Erkrankung eine ehrliche Reflexion, zum anderen können sie häufig nicht gut mit dieser umgehen. Die Angst, verlassen zu werden, und das damit einhergehende Gefühl der Abwertung oder der Wertlosigkeit verstärken sich. Da sich Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung ohnedies als ungenügend wahrnehmen, suchen sie unterbewusst aber die

Bestätigung dieser Annahme. Um sich vor ausartendem Verhalten von Menschen mit der Borderline-Störung zu schützen, neigen KommunikationspartnerInnen häufig dazu, ausweichend und ohne ehrliche Rückmeldung zu reagieren. Dieses Verhalten hat zur Folge, dass nicht übereinstimmende Signale (verbale vs. non-verbale Kommunikation) ausgesendet werden. Für den/die Betroffene/n führt dies zu Verunsicherung und in weiterer Folge zu Angst. Aus diesem Grund gilt es in der Kommunikation die eigenen Bedenken zu überwinden und auf wertschätzende und unterstützende Art aufrecht zu sein. Fällt die Gegenreaktion darauf unverhältnismäßig emotional aus, gilt es, sich vor Augen zu führen, dass diese Verhaltensweisen auf Angst und Selbstabwertung basieren und somit nicht persönlich angreifend oder abwertend zu nehmen sind.

#### 8.4.3. Methoden und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Innerhalb der Interviews nannten die sozialpsychiatrischen BetreuerInnen mehrere Methoden und Maßnahmen, die sich im Rahmen des im Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung förderlich auf die Symptomatik der Borderline-Störung auswirken können. Neben dem Erlernen von Strukturierung, aber auch dem professionellen Beziehungsangebot im Teilzeitbetreuten Wohnen, sollen nun einige weitere Faktoren genannt werden, die sich positiv auf das Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung auswirken können und in den Bereich „körperliche und psychische Gesundheitsförderung“ einzugliedern sind.

MitarbeiterIn A erwähnt hierbei einleitend, dass es für die BewohnerInnen sehr vorteilhaft sei, dass diese innerhalb des Teilzeitbetreuten Wohnens sehr individuell unterstützt und begleitet werden können (vgl. Transkript S.9). Wie bereits im Kapitel 4.5. zu den Prinzipien und Arbeitsweisen beschrieben, versuchen die BetreuerInnen, die einzelnen BewohnerInnen in deren Entwicklung dort zu fördern, wo diese gerade stehen und ressourcenorientiert Unterstützung anzubieten, wo diese benötigt wird.

MitarbeiterIn B geht darauf ein, dass es bis zu einem gewissen Grad möglich und auch sinnvoll sei, die Intensität der Betreuung bedarfsgerecht anzupassen. Vor allem zu Beginn des Einzuges ist es beispielsweise häufig der Fall, dass die BewohnerInnen mehr Unterstützungsbedarf haben. Aber auch das Treffen von Vereinbarungen (Beispielsweise: „was tue ich, wenn du dich selbst verletzen

willst“) kann sich im Speziellen bei Menschen mit der Borderline-Störung positiv auf den weiteren Betreuungsverlauf auswirken. Ebenso nimmt die Unterstützungsarbeit im medizinischen Bereich laut MitarbeiterIn B viel Raum ein. Obwohl Psychopharmaka meist nur Verwendung in der Behandlung von Nebendiagnosen finden, ist die medizinische Begleitung und Sicherstellung dennoch sehr wichtig. Es gilt, die KlientInnen dazu zu motivieren, regelmäßige Kontroll-Termine beim behandelnden (Fach-)Arzt/bei der behandelnden (Fach-)Ärztin wahrzunehmen und auch darüber hinaus einen gesundheitsfördernden Lebensstil führen zu wollen. Diesbezüglich gibt es im Teilzeitbetreuten Wohnen Angebote, die zur Gesundheitsförderung beitragen sollen, zum Beispiel das gemeinsame „Walken im Freien“ oder der wöchentliche Besuch im Fitnesscenter. MitarbeiterIn B erklärt:

*„Sport ist extrem wichtig für die Leute [wenn man auf das neurobiologische und physiologische schaut, weiß man ja, dass gerade bei... zum Beispiel, wenn sich Leute ritzen, es vorher zur Ausschüttung von Hormonen, von Botenstoffen kommt und generell sind die Leute ja immer auf so einem „Hyperarousal“, das heißt da sind immer ganz viele Stoffe die irgendwie nicht heraus können, Emotionen und so weiter, da ist es sicher gut, wenn die Leute [...] in die Aktivität gehen, auch um aus dieser Hilflosigkeit hinaus zu gehen“ (Transkript S.19).*

Dieser Meinung sind auch MitarbeiterInnen D und E und sehen Bewegung und Sport im Teilzeitbetreuten Wohnen als gute Methode, damit sich die Klientinnen „auspowern“ oder „ablenken“ können.

Neben den Sportangeboten stellt auch das gemeinsame Kochen eine förderliche Maßnahme für das Gesundheitsverhalten der BewohnerInnen dar (vgl. Transkript, S.50). Sowohl beim Lebensmitteleinkauf, als auch bei den Kochtätigkeiten selbst, bekommen die KlientInnen die Gelegenheit, sich Wissen über gesunde Ernährung anzueignen und können sich aktiv bei der Zubereitung der Lebensmittel miteinbringen und lernen besser auf das eigene Körperbild acht zu geben. Wie bereits im Theorie-Teil beschrieben, können im Zusammenhang mit der Borderline-Störung auch Essstörungen auftreten. Da Impulse und Emotionen nicht ausreichend reguliert werden, sind vor allem Bulimie und Übergewicht eine nicht seltene Begleiterscheinung der Borderline-Erkrankung. Dies wiederum wirkt sich negativ auf das eigene Selbstbild und auf die

Lebensqualität der betroffenen Personen aus (vgl. Rahn 2010a, S.80f.). Im Rahmen des gemeinsamen Kochens können die BewohnerInnen also erlernen, sich ausgewogen und gesund zu ernähren und in Zusammenhang mit der Tagesstrukturierung geregelten Essenszeiten nachzukommen oder „Essenspläne“ zu erstellen.

MitarbeiterIn C beschreibt die Möglichkeit der therapeutischen Gesprächseinheit, welche innerhalb des Teilzeitbetreuten Wohnens von einem ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt wird. Hier besteht beispielsweise die Möglichkeit, Methoden zu erlernen, wie mit den eigenen Gefühlen umgegangen werden kann.

Ebenso die „*Skillsarbeit*“, wie von MitarbeiterIn B erwähnt (vgl. Transkript S.18) und im Punkt 4.5. „Prinzipien und Arbeitsweisen“ angeführt, ist eine förderliche Methode, um Menschen mit der Borderline-Störung dabei zu unterstützen, einen besseren Umgang mit den eigenen Gefühlen zu erlernen. So können anhand von verschiedenen Methoden Fähigkeiten erlernt werden, um die Stresstoleranz zu verbessern, innere Achtsamkeit zu entwickeln und in weiterer Folge Maßnahmen zu erlernen, die eine Verbesserung der Lebensqualität hervorbringen (vgl. Rahn 2010s, S.114).

Mitarbeiterin F nennt auch die „*Psychoedukation*“ als ein Beispiel, im Rahmen derer die BewohnerInnen durch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsbild lernen können, an bestimmten Eigenschaften oder Verhaltensweisen zu arbeiten (vgl. Transkript S. 59).

Ebenso zählt für Mitarbeiterin E dazu, dass den BewohnerInnen immer wieder ein realistischer Blick auf Gegebenheiten vermittelt wird und veranschaulicht wird, dass vieles der Eigenverantwortung unterliegt. Darüber hinaus gilt es, die BewohnerInnen dabei zu unterstützen, sich in entsprechenden Situationen selbst helfen zu können („*Hilfe zur Selbsthilfe*“). Es gilt, Menschen mit der Borderline-Störung Verständnis entgegenzubringen, aber gleichzeitig dahingehend zu unterstützen, dass die KlientInnen selbst passende Bewältigungsstrategien entwickeln.

Auch die Motivation, eine Therapie zu beginnen, kann sich förderlich für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung auswirken (vgl. Transkript S.50), sofern diese schlussendlich wahrgenommen wird.

#### 8.4.4. Betreute Gruppenangebote

Bezogen auf die Fragestellung, welche Methoden, Angebote oder Betreuungsinhalte des Teilzeitbetreuten Wohnens sich im Speziellen bei Menschen mit der Borderline-Störung unterstützend oder förderlich auf das Krankheitsbild auswirken, nannten sechs von sechs befragten Personen, dass besonders Aktivitäten in der Gruppe zur Entwicklung der Borderline-Persönlichkeit beitragen können. Vier von sechs Personen gingen dabei näher auf das Erlernen sozialer Fähigkeiten ein.

Mitarbeiterin A teilt mit:

*„Gruppenaktivitäten [sind] immer sinnvoll um soziales Lernen zu fördern“ (Transkript S.9).*

Der Kontakt unter den BewohnerInnen ist aus Sicht von MitarbeiterIn A deshalb gewinnbringend, da diese mit ihren echten, unverfälschten Stimmungslagen und Betrachtungsweisen in Interaktion stehen. Die empfangenen Botschaften sind somit keine professionellen Rückmeldungen, sondern lebensnahe. Diese Konfrontation kann ebenso vorteilhaft für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sein, da es mehr Bezug zur Realität schafft:

*„wir als Betreuer passen auf was wir sagen [...] und nehmen Rücksicht... die Launen unserer anderen BewohnerInnen, die reden halt wie ihnen der Schnabel gewachsen ist und können da schon einmal distanzlos sein und nicht darüber nachdenken und es ist trotzdem förderlich meiner Meinung nach und zwar deswegen, weil es eine Normalität wieder spiegelt, wie es halt in der Welt ist. Nicht jeder Mensch dem man draußen begegnet wird wissen was eine Borderline-Störung ist und wird schon gar nicht darauf Rücksicht nehmen und somit ist das voll wichtig, dass die [BewohnerInnen] unter sich sein können [...] in einem kontrollierten Rahmen austesten können was geht und auch, was halte ich selber aus: aha, jetzt bin ich gekränkt, wie gehe ich damit um? Das merkt man ja [bei Menschen mit der Borderline-*

*Störung], dass sehr oft eine Kränkung da ist, oder irgendetwas, dass sie dann beschäftigt, aber [hier im Teilzeitbetreuten Wohnen, ist das] ja mit einer Nachsorge sozusagen“ (Transkript S.9).*

MitarbeiterIn A erklärt weiter, was sie unter „Nachsorge“ versteht. Nämlich, dass entstandene Konflikte oder Situationen, welche belastend für die BewohnerInnen sind, mit dem Fachpersonal nachbesprochen werden. Ersichtlich ist, dass die KlientInnen dadurch lernen, „mehr auszuhalten“ bzw. in weiterer Folge nicht mehr so schnell in die persönliche Kränkung verfallen und somit in ihrer Entwicklung gefördert sind (vgl. ebd.).

Auch MitarbeiterIn B räumt den Gruppenangeboten einen großen Stellenwert ein, da Menschen mit der Borderline-Störung aufgrund des geschützten Rahmens (bekannte Umgebung, Begleitung durch Fachpersonal) die Möglichkeit haben positive Erfahrungen mit den anderen TeilnehmerInnen zu machen:

*„Gruppen sind einfach extrem wichtig, dass die Leute erleben, dass sie in einer Gruppe sind, wo einerseits ihr Verhalten ausgehalten wird und das heißt, es ist ganz wichtig, dass Betreuer da sind, auch wenn es zu Konflikten mit anderen BewohnerInnen kommt,... moderieren, Streit schlichten, Nachbesprechen, einfach damit sie andere Erfahrungen machen, als in der Vergangenheit, [...] das muss man sicher ganz gut beobachten, begleiten und schauen welches Gruppen-Setting ist förderlich für die Leute“ (Transkript S.19).*

Ebenso MitarbeiterIn D und F betrachten Gruppenangebote als soziales Lernfeld für Menschen mit der Borderline-Störung:

*„Weil man von der Gruppe einfach viel lernen kann. Die Gruppe gibt sehr viel zurück, spiegelt sehr viel“ (Transkript S.59).*

*„Die BewohnerInnen werden immer ein bisschen in die Realität geholt [...] auch durch die Anderen“ (Transkript S.40).*

In diesem Zusammenhang sprechen zwei der befragten Personen auch das Leben in einer Zweier-Wohngemeinschaft an:

*„...auch das Leben in einer Wg [...] ist förderlich für Borderliner, ich meine natürlich auch förderlich für Konflikte, aber aus Konflikten soll man ja lernen und dabei unterstützt man [als Betreuungsperson]“ (Transkript S.9).*

Da nun verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt wurden, sollen im nachfolgenden Punkt die Forschungsergebnisse bezogen auf die Möglichkeiten und Herausforderungen in der sozialpsychiatrischen Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Teilzeitbetreuten Wohnen der alpha nova Graz noch einmal kurz zusammengefasst werden.

## 9. Zusammenfassung und Ausblick

Im Rahmen dieser Arbeit wurde versucht, einen Überblick über den Fortschritt innerhalb des Betreuungs- und Behandlungsrahmens von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung zu geben. Im Vordergrund der sozialpsychiatrischen Versorgungsleistungen steht eine ganzheitliche Sicht- und Vorgehensweise, in welcher Betroffene hinsichtlich ihrer individuellen Anforderungen und Wünsche unterstützt und vor Ausgrenzung bewahrt werden sollen.

Das Kernstück meiner Arbeit richtete sich auf die Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem Teilzeitbetreuten Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Als exemplarisches Beispiel wurde im letzten Kapitel des Theorieteils das Teilzeitbetreute Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung der alpha nova Betriebsgesellschaft mbH näher dargestellt. Innerhalb der Erhebung wurde untersucht, mit welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen die MitarbeiterInnen in der Betreuung von Menschen mit der Borderline-Störung konfrontiert werden und darüber hinaus galt es sichtbar zu machen, durch welche Methoden, Angebote und Betreuungsinhalte Menschen mit psychischer Erkrankung, vor allem aber Menschen mit der Borderline-Störung, im TZWpsy unterstützt und gefördert werden können.

Bei der Auswertung des Datenmaterials wurde sichtbar, dass in der Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung nahezu jede Situation zur Herausforderung werden kann und herausfordernde Situationen nicht unabdingbar an spezifische Gegebenheiten oder Verhaltensweisen der KlientInnen oder des Betreuungspersonals geknüpft sein müssen. Mehrfach wurde darauf eingegangen, dass die Betreuung und Begleitung von Personen mit der Borderline-Erkrankung aufgrund der hohen Sensitivität im Vergleich zu anderen BewohnerInnen, dem Betreuungspersonal viel Aufmerksamkeit und Kompetenzen innerhalb der Kommunikation abverlangen. Es ist erforderlich, genau zu bedenken, welche Inhalte wie artikuliert werden, um zusätzliche Krisensituationen zu vermeiden. Ist dies unabdingbar, ist es meist ein großer Zeit- und Energieaufwand, Menschen gut aus dieser Situation zu begleiten. Aufgrund von starken

Gefühlsausbrüchen und grenzüberschreitendem Verhalten ist es zudem notwendig, sich als BetreuerIn emotional gut abgrenzen zu können und Übergriffe nicht persönlich zu nehmen.

Bezogen auf die Unterstützungsleistung ist zu sagen, dass neben der Abdeckung der Grundversorgung (Wohnen, Anspruch auf Kontakt, Struktur, Unterstützung in medizinischen Belangen, finanzielle Abklärung usw.) die Angebotspalette des Teilzeitbetreuten Wohnens nach oben hin offen ist und individuell sowie bedarfsgerecht an die Situation des Bewohners/der Bewohnerin angepasst wird. Auf die Frage hin, wie nun im Speziellen Menschen mit der Borderline Persönlichkeit in einem Teilzeitbetreuten Wohnen unterstützt und hinsichtlich ihres Krankheitsbildes gefördert werden können, wurde sichtbar, dass vor allem Orientierung und Sicherheit wichtige Faktoren sind, um die psychische Stabilität aufrecht zu erhalten oder verbessern zu können. Da Menschen mit der Borderline-Erkrankung häufig von Angst und Unsicherheit geprägt sind, wirken sich vor allem das Vorhandensein von Struktur (beispielsweise durch tagesstrukturierende Maßnahmen, feststehende Betreuungszeiten usw.), Kontinuität und das Treffen von Vereinbarungen wirkungsreich auf die Befindlichkeit der KlientInnen aus. Wichtig erscheint auch die medizinische Abklärung. Dies bedeutet, dass regelmäßige Kontrollen beim Facharzt/bei der Fachärztin wahrgenommen und die Einnahme der Medikation (wie vom Arzt/von der Ärztin verordnet - auch wenn es sich bei der Borderline-Störung häufig nur um Nebendiagnosen handelt, die medikamentös therapiert werden) nötig sind und zu mehr Wohlbefinden und Stabilität beitragen können. Ebenso ist der Beziehungsaufbau und die Beziehungsarbeit innerhalb des Betreuungssettings von zentraler Bedeutung für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, wenn nicht sogar der entscheidendste Faktor. Der Kontakt zu geschulten BetreuerInnen ermöglicht es den BewohnerInnen, positive Erfahrungen mit anderen Menschen zu sammeln, welche auf Verlässlichkeit, Wertschätzung, Empathie, Ehrlichkeit und Unterstützung basieren und stellt ein hilfreiches Übungsfeld zum Erlernen von alternativen Beziehungsdynamiken dar.

Bezogen auf die Symptomatiken der Erkrankung kann anhand von verschiedenen „Skills“ der Umgang mit den eigenen Gefühlen erlernt werden. Die BewohnerInnen eignen sich Fertigkeiten an, um mit schwierigen Situationen umzugehen und sich selbst zu helfen. Dies stärkt ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Die gewonnene Selbstständigkeit verhilft zu mehr Stabilität und wirkt

Krisen besser entgegen. Zudem gibt es auch die Möglichkeit des therapeutischen Gesprächs oder die Unterstützung der BetreuerInnen, eine/n passende/n TherapeutIn im Umfeld zu finden. Auch der Kontakt zu den anderen BewohnerInnen in Form von begleiteten Gruppenaktivitäten kann förderlich für das soziale Lernen der KlientInnen sein. Auch wenn es hierbei zu Konflikten kommen kann, spiegelt es gewissermaßen die Realität (außerhalb des geschützten Rahmens) wieder und trägt aufgrund der Möglichkeit von Nachbesprechungen mit den BetreuerInnen zur Entwicklungsförderung der TeilnehmerInnen bei. Zudem ermöglichen es die Gruppenangebote, an Bewegungsangeboten oder Kochnachmittagen teilzunehmen und einen achtsamen sowie gesundheitsfördernden Lebensstil zu erfahren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Teilzeitbetreute Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sowohl in Krisensituationen, als auch im Alltag großen Wert auf eine individuelle und bedarfsgerechte Unterstützung der BewohnerInnen legt und versucht wird, die KlientInnen bestmöglich in ihrer Entwicklung zu fördern. Durch das breitgefächerte Versorgungsangebot und den professionellen sowie wertschätzenden Umgang, ist es zudem möglich, Krisensituationen nicht nur langfristig zu vermindern, sondern auch die Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten zu verringern. (Dies bestätigen ebenso die geführten Krisenstatistiken des Teilzeitbetreuten Wohnens, welche aus Datenschutzgründen aber nun nicht angeführt werden).

Dennoch ist im Psychiatriebericht des Gesundheitsfonds Steiermark, aber auch in der praktischen Arbeit ersichtlich, dass es steiermarkweit noch immer eine Unterversorgung des Wohnangebotes für Menschen mit psychischer Erkrankung gibt (siehe 3.1. Psychosoziale Versorgungsleistungen in der Steiermark). Dies hat zur Folge, dass es für viele Menschen zu einer Verlängerung der stationären Aufenthalte kommt. Betrachtet man den finanziellen Aspekt, kann festgestellt werden, dass durch die Bereitstellung weiterer Wohnplätze Menschen häufiger nicht nur adäquater unterstützt, sondern auch Kosteneinsparungen möglich wären.

## 10. Literaturverzeichnis

alpha nova (2017): Sozialpsychiatrische Dienste. In: [http://www.alphanova.at/uebersicht\\_dienste.html](http://www.alphanova.at/uebersicht_dienste.html) [2.4.2018].

alpha nova (2018a): alpha nova Betriebsgesellschaft mbH. In: [http://www.alphanova.at/alpha\\_nova\\_betriebsgesellschaft.html](http://www.alphanova.at/alpha_nova_betriebsgesellschaft.html) [23.4.18].

alpha nova (2018b): Leitbild. Uns begeistern Menschen. In: [https://www.alphanova.at/tl\\_files/alphanova/media/alpha\\_nova\\_Leitbild.pdf](https://www.alphanova.at/tl_files/alphanova/media/alpha_nova_Leitbild.pdf) [23.4.2018].

alpha nova (2018c): Teilzeitbetreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. In: [http://www.alphanova.at/tzw\\_psy.html](http://www.alphanova.at/tzw_psy.html) [7.4.2018].

alpha nova (2018d): Gründungsgeschichte und Meilensteine unserer Entwicklung. In: <https://www.alphanova.at/geschichte.html> [1.10.2018].

Antwerpes, Frank (2017a): Medizinlexikon. Betreutes Wohnen. In: [http://flexikon.doccheck.com/de/Betreutes\\_Wohnen](http://flexikon.doccheck.com/de/Betreutes_Wohnen) [25.3.2018].

Antwerpes, Frank (2017b): Medizinlexikon. Psychosozial. In: <http://flexikon.doccheck.com/de/Psychosozial> [2.4.2018].

Antwerpes, Frank (2018): Medizinlexikon. Differentialdiagnose. In: <http://flexikon.doccheck.com/de/Differentialdiagnose> [17.3.2018].

Atteslander, Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung. 13. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Bandelow, Borwin/ Gruber, Oliver/ Falkai Peter (2008): Kurzlehrbuch Psychiatrie. Berlin: Springer Verlag.

Baumann, Peter (o.J.): Gesundheits-Lexikon. Das Borderline-Syndrom. In: <http://borderline.gesundlexikon.de> [20.01.13].

Bayrische Gesellschaft für soziale Psychiatrie (o.J.): Was ist Sozialpsychiatrie? In: [http://www.baygsp.de/download/was\\_ist\\_Sozialpsychiatrie.pdf](http://www.baygsp.de/download/was_ist_Sozialpsychiatrie.pdf) [06.02.2018].

Bühning, Petra (2001): Psychiatrie-Reform. Auf halben Weg stecken geblieben. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, H.6, S. 301-307.

Bundeskanzleramt Österreich (2017a): Rechtsinformationssystem. Landesrechtskonsolidiert Steiermark: Gesamte Rechtsvorschrift für StBHG Leistungs- und Entgeldversorgung 2015 – LEVO-StBHG 2015, Fassung vom 08.12.2017. In: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20001224> [08.12.2017].

Bundeskanzleramt Österreich (2017b): Rechtsinformationssystem. Anlage 1 – Leistungskatalog. In: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LgblAuth/LGBLA\\_ST\\_20150114\\_2/LGBLA\\_2015\\_002\\_Anlage\\_1\\_SlG.pdfsig](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LgblAuth/LGBLA_ST_20150114_2/LGBLA_2015_002_Anlage_1_SlG.pdfsig) [08.12.2017].

Caritas (2015): Psychosoziale Einrichtungen. In: <https://www.caritas-steiermark.at/hilfeangebote/menschen-in-not/gesundheit/psychosoziale-einrichtungen/> [2.4.2018].

Depner, Michael (o.J.): Borderline-Syndrom. In: <http://www.seele-und-gesundheit.de/diagnosen/borderline-syndrom.html> [04.09.2017].

Dorsch (2012): Lexikon der Psychologie. Klassifikation. In: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/klassifikation/> [15.3.2018].

Effinghausen, Sabrina (2014): Diagnose psychisch krank - ein Leben ohne Zukunft? Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. Baden -Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Falkai, Peter/ Wittchen, Hans- Ulrich (Hrsg.) (2015): Diagnostische Kriterien DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Fellner, Richard (2010): Psychotherapiepraxis. Borderline Persönlichkeitsstörung. In: <http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/borderline/borderline.phtml> [20.01.2013].

Fellner, Richard (2017): Psychotherapiepraxis. Borderline Persönlichkeitsstörung. In: <http://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/borderline/borderline.phtml> [04.09.2017].

Fiedler, Peter (2007): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Fleischhacker, Walter/ Hinterhuber, Hartmann (1997): Psychiatrie Lehrbuch. Stuttgart: Taschenbuchverlag.

Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje (2010): Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 3. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 437-455. Fiedler, Peter (2007): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

- Gesundheitsfonds Steiermark (2015): Die Psychosoziale Versorgung der Steiermark. Verzeichnis der Servicestellen. In: Plattform Psyche, o.J; H.5., S. 3-43.
- Gesundheitsfonds Steiermark (2016): Psychiatriebericht Steiermark 2015. In: <http://www.plattformpsyche.at/Documents/Psychiatriebericht2015.pdf> [25.3.2018].
- Gesundheitsplattform Steiermark (2012): Psychiatriebericht Steiermark 2012. In: <http://www.plattformpsyche.at/Documents/psychiatriebericht2012.pdf> [5.4.2018].
- Gläser, Jochen/ Laudel Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer Verlag.
- Gunda Schlichte (2006): Betreutes Wohnen – Hilfen zur Alltagsbewältigung. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Hertrich, R./ Bernhardt-Raquet/ Blinzler, Ch. (2011): Kompetenzen bündeln im multiprofessionellen Team. In: [https://ba-afg.de/pdf/bafg/bamberger\\_pflegetag/2\\_bamberger\\_pflegetag/pdf/4\\_hertrich\\_bernhardt-raquet\\_blinzler\\_praesentation\\_2.\\_bamberger\\_pflegetag.pdf](https://ba-afg.de/pdf/bafg/bamberger_pflegetag/2_bamberger_pflegetag/pdf/4_hertrich_bernhardt-raquet_blinzler_praesentation_2._bamberger_pflegetag.pdf) [20.5.2018].
- Kammer-Spohn (2013): Recovery – ein neuer Behandlungsansatz in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 94, H.38, S. 1450-1452.
- Knuf, Andreas (2011): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Konrad, Michael/ Rosemann, Matthias (2016): Betreutes Wohnen. Mobile Unterstützung zur Teilhabe. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Kreisman, Jerold/ Straus, Hal (2011): Ich hasse dich – verlass mich nicht. Dir schwarzweiße Welt der Borderline-Persönlichkeit. München, Kösel Verlag.
- Krumm, Silvia/ Becker Thomas (2012): Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In: Schmid, Marc/ Tetzner, Michael/ Rensch, Katharina/ Schüter-Müller, Susanne (Hrsg.) Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co, S. 40-57.
- Landeskrankenhaus Graz Süd-West (2006): Tagesklinik. Krise als Chance. In: [http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10005339\\_2171301/2984a2ce/TK.pdf](http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10005339_2171301/2984a2ce/TK.pdf) [5.4.2018].
- Land Steiermark (2013): LEVO-STBHG. Leistungsbeschreibungen. In: [http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11953848\\_5372/dd8719c5/LEVO-STBHG\\_Anlage%20idF%20LGBI%202013\\_50.pdf](http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11953848_5372/dd8719c5/LEVO-STBHG_Anlage%20idF%20LGBI%202013_50.pdf) [05.12.2017].

LEVO -Anlage2 Entgeldkatalog (2017): Gesetze, Verordnungen, Richtlinien. In: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LgblAuth/LGBLA\\_ST\\_20180323\\_33/LGBLA\\_2018\\_033\\_AnI2\\_SIG.pdf](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LgblAuth/LGBLA_ST_20180323_33/LGBLA_2018_033_AnI2_SIG.pdf) [15.01.2019].

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meise, Ullrich/Wancata, Johannes/Hinterhuber, Hartmann (2008): Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich. In: Rittmannsberger, Hans/ Wancata, Johannes. (Hrsg.): Der Österreichische Schizophreniebericht 2008. Linz: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, S.134-145.

NPN – Neurologen und Psychiater im Netz. Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen (o.J.): Begriffserklärung: Psychiatrie, Psychiater, Psychotherapeut, Psychologe. In: <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/psychiatrie/> [27.01.2018].

Oberstein, Martin (2018): Praxis für Systemische Gesundheitspsychologie. Psychotherapie – Beratung – Diagnostik. Das Bio-psycho-soziale Modell. In: <http://www.praxis-oberstein.de/das-bio-psycho-soziale-modell/> [2.3.2018].

Plattform Psyche Steiermark (2018): Forensik. In: <http://www.plattformpsyche.at/themen/beratung-behandlung-betreuung/forensik> [2.4.2018].

Rahn, Erwald (2010a): Basiswissen: Umgang mit Borderline Patienten. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Rahn, Erwald (2010b): Borderline verstehen und bewältigen. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Rietzler, Stefanie (o.J.): Forschung zum Thema Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. In: <http://biberblog.com/wissenschaftliche-grundlagen/uebersicht/> [08.01.2019].

RIS – Rechtsinformationssystem des Bundes (2019): §3 Amtliche Pflegegebühren. In: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Landesnormen/LST40022036/LST40022036.html> [15.01.2019].

Röhr, Heinz-Peter (2006): Weg aus dem Chaos. Borderline-Störung verstehen. München: Deutscher Taschenbuchverlag GmbH & Co.KG.

Saß, Herpertz (2003): Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In: Gastpar, Markus/ Kasper, Siegfried/ Linden, Michael (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. Wien: Springer Verlag.

Schwab, Philipp (2016): Konzept. Teilzeitbetreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Unveröffentlichtes Manuskript. alpha nova: Graz.

Schwab, Philipp (2018): Organisationshandbuch. Teilzeitbetreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Unveröffentlichtes Manuskript. alpha nova: Graz.

Stangl (2006): Psychologische Begriffsbestimmungen. In: <http://psychologie.stangl.eu/definition/Borderline.shtml> [10.02.2013].

Watkins, Peter (2009): Recovery – wieder genesen können. Ein Handbuch für Psychiatrie-Praktiker. Bern: Hans Huber Verlag.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2011): F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In: Dilling, Horst/ Mombour, Werner/ Schmidt, Martin/ Schulte-Markwort, Elisabeth (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern. Hans Huber Verlag.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2014): Übersetzung. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. In: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [07.03.2018].

Wohnplattform (o.J.): Betreutes Wohnen. Region Graz. In: <http://www.wohnplattform.at/angebote/region-graz/gemeinschaftswohnen/betreute-wohngemeinschaften> [2.4.2018].

Zubin Joseph/ Spring Bonnie (1977): Vulnerability. A new view of schizophrenia. In: [https://dgbs.de/fileadmin/user\\_upload/DGBS\\_Bilder/Diverse/V-S-Modell\\_2014\\_Bipolare\\_Stoerung.pdf](https://dgbs.de/fileadmin/user_upload/DGBS_Bilder/Diverse/V-S-Modell_2014_Bipolare_Stoerung.pdf) [4.3.2018].

## 11. Abbildungsverzeichnis

**Abb. 1:** Bettenzahlen in deutschen Kliniken 1975-2003.....S.13

Quelle: Göttl, Christoph (2012): Aktuelle Methoden der Sozialpsychiatrie. In: [http://www.kinder-jugendpsychiatrie.at/wp-content/uploads/2012/07/Sozialpsychiatrie\\_2\\_Tage.pdf](http://www.kinder-jugendpsychiatrie.at/wp-content/uploads/2012/07/Sozialpsychiatrie_2_Tage.pdf) [2.3.2018].

**Abb. 2:** Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung.....S.15

Quelle: Effinghausen, Sabrina (2014): Diagnose psychisch krank - ein Leben ohne Zukunft? Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens. Baden -Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

**Abb. 3:** bio-psycho-soziales Modell.....S.16

Quelle: Algesiologikum (2018): Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen aus einer Hand. Bio-psycho-soziales Schmerz-Modell. In: <http://www.algesiologikum.de/mvz-fuerth/schmerzmedizin/diagnostik-bis-therapie/therapiekonzept/bio-psycho-soziales-schmerzmodell.html?L=0%27A%3D0%27A%3D0> [18.3.2018].

**Abb. 4:** Vulnerabilitäts-Stress-Modell.....S.18

Quelle: Zubin Joseph/ Spring Bonnie (1977): Vulnerability. A new view of schizophrenia. In: [https://dgbs.de/fileadmin/user\\_upload/DGBS\\_Bilder/Diverse/V-S-Modell\\_2014\\_Bipolare\\_Stoerung.pdf](https://dgbs.de/fileadmin/user_upload/DGBS_Bilder/Diverse/V-S-Modell_2014_Bipolare_Stoerung.pdf) [4.3.2018].

**Abb. 5:** Versorgungsangebote für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in der Steiermark .....S.41

**Abb. 6:** Ausbaustand der sozialpsychiatrischen Versorgungslage 2015.....S.42

**Abb. 7:** Versorgungssituation: Betreutes Wohnen.....S.43

Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark (2016): Psychiatriebericht Steiermark 2015. In: <http://www.plattformpsyche.at/Documents/Psychiatriebericht2015.pdf> [25.3.2018].

## 12. Anhang

### Interviewleitfaden

#### Einleitende Fragestellung:

1) Worauf legst du in der Betreuungsarbeit von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung besonderen Wert?

#### Tagesablauf:

2) Wie würdest du einen gewöhnlichen Arbeitstag im TZWpsy beschreiben?

- *Administratives*
- *Betreuungsarbeit*

#### Charakterisierung des Krankheitsbildes:

3) Durch welche Eigenschaften, oder Verhaltensweisen charakterisieren sich für dich Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung?

#### Herausforderungen in der Betreuungsarbeit:

4) Welche Situationen empfindest du persönlich als herausfordernd in der Betreuung von Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung?

- *Persönliches:* (z.B. eigene Grenzen wahren, nicht entmutigen lassen, aushalten,...)
- *Krankheitsbild:* (z.B. Suizidgedanken, Selbstverletzendes Verhalten, Grenzen testen...)
- *Alltagsbewältigung:* (z.B. Haushaltsführung, Termine wahrnehmen, Tagesstrukturierung...)
- *Soziales:* (z.B.: Beziehungsarbeit, Kommunikation,...)
- *Wohnen:* (z.B. Konflikte in der Wohngemeinschaft, Regelverstöße...)
- *Finanzielles:* (z.B. Sachwalterschaft, mit dem Geld auskommen, Schulden,...)
- *strukturelle Rahmenbed.:* (z.B. Anfang/Ende der Dienstzeiten, Rufbereitschaft, Grenzen testen...)
- *Sonstiges*

## Umgang mit herausfordernden Situationen

5) Wie gehst du mit herausfordernden Situationen um?

- *innere Haltung*
- *was wird kommuniziert?*
- *an wen kannst du dich wenden?*

## Grenzen der Betreuung

6) Was sind die Grenzen innerhalb der Betreuungsarbeit im TZWpsy?

## Möglichkeiten der Unterstützung

7) Wie unterstützt das TZWpsy Menschen mit psychischer Erkrankung?

- *im Alltag*
- *bei Krisen*
- *strukturell*

8) Welche Methoden, Angebote, oder Betreuungsinhalte des TZWpsy wirken sich deiner Meinung nach speziell bei Menschen mit der Borderline-Störung förderlich auf das Krankheitsbild aus?

<b>Maßnahmen zur Förderung</b>
<u>Angebote:</u> <i>Gruppenaktivitäten</i> <i>therapeutisches Gespräch,</i> <i>tiergestützte Pädagogik,</i> <i>Yoga, Achtsamkeit,...</i>
<u>Gesundheitsförderung:</u> <i>Therapie,</i> <i>Medikamente,</i> <i>Psychoedukation,</i> <i>Bewegung</i> <i>gesunde Ernährung,...</i>

<i>Sozialverhalten, Beziehung</i>
<i>Alltagsbewältigung</i>
<i>Finanzielles</i>
<i>Strukturelle Rahmenbedingungen</i>
...

<b>Krankheitsbild</b>
<i>Stress und Krisen</i>
<i>Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität</i>
<i>Instabile Beziehungen</i>
<i>Austesten von Grenzen</i>
<i>Mangelnde Impulskontrolle</i>

Abschlussfrage:

9) Würdest du dir für die Zukunft noch etwas bezogen auf die Arbeit im TZWpsy und der Betreuung von Menschen mit der Borderline-Störung wünschen?

# Codesystem I

## Herausforderungen in der Betreuungsarbeit von Menschen mit der Borderline-Störung:

### **persönliche Ebene**

- emotionale Distanz wahren
- wertschätzend und helfend sein trotz Grenzüberschreitungen
- Gefühl nicht das Richtige tun zu können
- Schuldzuweisungen
- emotionale Erpressung
- manipulatives Verhalten
- Übertragungen

### **Beziehungsarbeit**

- ständiger Beziehungsaufbau
- nicht darauf verlassen können

### **Betreuungs-Setting**

- Gruppenaktivitäten
- Einzelbetreuung

*Bereitschaft etw. Auszuprobieren*

*Hartnäckigkeit*

*Konsequenz einfordern*

### **Krankheitsbild**

- hohe Empfindlichkeit
- Kleinigkeiten als Angriff
- ständig auf der Lauer
- Vergangenheit
- verschiedene Sichtweisen zulassen
- Aggression
- Unzuverlässigkeit

- erlernte Hilfslosigkeit
- Grenzüberschreitungen

### **Kommunikation**

- 1 Satz kann Krise auslösen
- voraus denken
- Unüberlegtes vermeiden
- Begleitung aus der Krisensituation
- zeitlicher Aufwand

### **Krise**

- Wucht an Emotionen
- um was geht es wirklich
- gemeinsames durchstehen

### **zeitlicher Aufwand**

- Selbstreflexion
- Kommunikation
- geringe Fortschritte erkennbar
  
- langwierige Entwicklung

### **Team**

- Teamspaltung

### **Wohngemeinschaften**

- wer mit wem
- Konfliktsituationen mit MitbewohnerIn

### **Sonstiges**

- Veränderungen
- alles was nicht Routine ist

# Codesystem II

## Unterstützungsleistungen im TZWpsy für Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung

### **Struktur**

- kontrollierte Rahmenbedingungen
- Kontinuität

### **professionelles Beziehungsangebot**

- individuelles Betreuungssetting
- verlässlich, wertfrei, authentisch
- Verhalten der BewohnerInnen wird ausgehalten
- Begleitung
- gehört werden
- Verständnis
- Motivation
- realistischer Blick
- Konfrontation
- Nachsorge
- Problembewältigung
- Teambesprechungen

### **betreute Gruppenangebote**

- Gruppe als Lernfeld
- Aktivitäten

*Bewegung*

*Ernährung*

*Aktivitäten außerhalb des TZWpsy*

### **Maßnahmen zur Gesundheitsförderung**

- medizinische Unterstützungsleistungen,
- individueller Behandlungsplan

- gesundheitsfördernder Lebensstil
- Psychoedukation
- Skills-Training
- therapeutisches Gespräch
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Therapie
- Entwicklungsfortschritte

**Sonstiges**

- MitbewohnerInnen
- Variation der Betreuungsintensität