

# Betreuung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Über die Zusammenarbeit zwischen sozialtherapeutischem Wohnheim und Klinik

Von Rosemarie Schmidt und Ewald Rahn

Die Betreuung von Borderline Betroffenen in soziotherapeutischen Einrichtungen stellt eine Herausforderung dar, für die es noch kaum tragfähige und bewährte Konzepte gibt. In der Klinik bilden Menschen mit emotionaler Instabilität (Borderline-Persönlichkeitsstörung) schon lange die größte Gruppe persönlichkeitsgestörter Patienten. Deren Anteil steigt weiter, zumal sich nach vielen Schwierigkeiten durch die Einführung neuer Behandlungsmethoden die Versorgungssituation verbessert hat und damit auch die Nachfrage nach Hilfe größer wird. Nach wie vor ist dabei aber der Anteil Betroffener mit langfristigem Betreuungsbedarf hoch und so verwundert nicht, dass auch die Anmeldungen von Borderline Betroffenen in soziotherapeutischen Einrichtungen insgesamt steigen. Daraus resultieren für die soziotherapeutischen Einrichtungen neuen Anforderungen in Hinblick auf Haltung und Konzeptionen.

Die Komplexität der Arbeit mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen macht eine gute lokale Vernetzung von stationären und soziotherapeutischen Einrichtungen notwendig. Im Folgenden berichten wir über unsere Erfahrungen in einem solchen lokalen Netzwerk, nämlich zwischen der Klinik Warstein und dem Christophorushaus in Lippstadt. Wie viele andere soziotherapeutische Einrichtungen war auch das Christophorushaus in Lippstadt mit steigenden Aufnahmen von Borderline Betroffenen konfrontiert. Daraus entstand im Dezember 2007 das Projekt eines neuen Wohngruppenhauses mit einem entsprechenden Schwerpunkt. Für die Gruppen wurde ein eigenes Betreuungsteam zusammengestellt. Im Vorfeld beteiligten sich die Teammitglieder an Fortbildun-

gen und an der Erarbeitung einer Konzeption, die natürlich auf den bisherigen Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufbaute. Im Rahmen dieser Vorbereitungen kamen auch die ersten spezifischen Kontakte mit der Klinik zustande. Die zuständige Klinik verfügt schon seit über 10 Jahren über einen Schwerpunktbereich zur Therapie von persönlichkeitsgestörten Patienten. Die beiden Stationen, die sich auf diese Fragestellung konzentriert haben, arbeiten nach einem kognitiv verhaltenstherapeutischen Konzept (DBT), wobei auf einer Station dieses Programm für Menschen mit zusätzlicher Intelligenzminderung adaptiert ist. Es lag also nahe, bei dem Wohnheimprojekt mit diesen Stationen eng zusammenzuarbeiten. Eine solche Zusammenarbeit gelingt aber nicht selbstverständlich, zu unterschiedlich sind die Aufgaben- und Fragestellungen in den Einrichtungen. Vor allem die Zeiträume der Betreuung unterscheiden sich deutlich. Steht in der Klinik die Therapie im Vordergrund, spielen in soziotherapeutischen Einrichtungen die Beziehungsgestaltung und die Bewältigung des Alltags eine viel größere Rolle. Zudem ist der Anteil von Betroffenen mit schwereren Handicaps, beispielsweise mit ausgeprägten Verhaltensstörungen oder hohem Hilfebedarf, in soziotherapeutischen Einrichtungen höher als in der Klinik, was zu einer Verdichtung der Probleme beiträgt. Außerdem ist in soziotherapeutischen Einrichtungen die Gefahr besonders groß, dass sich die Betroffenen mit ihrer Symptomatik gegenseitig triggern.

Wenn eine Zusammenarbeit nicht selbstverständlich gelingt, dann ist eine Haltung von gegenseitigem Respekt und Achtung vor den Unterschieden eine zentrale

Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit. Diese Haltung wird am besten durch persönliche Kontakte vermittelt. So bildete die Hospitation der Wohnheimmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in der Klinik einen ersten und wichtigen Schritt. Sie diente einem doppelten Zweck. Die Arbeit in der Klinik sollte transparent werden und außerdem sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter persönliche Kontakte knüpfen. Bei der Auswertung der Hospitation durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohneinrichtung wurde vor allem die weit reichende Systematik hervorgehoben, von der die Arbeit in der Klinik geprägt ist.

Als nächster Schritt erfolgte ein Wissenstransfer im Rahmen einer Fortbildung. Hierbei wurden Grundlagen über die gegenwärtigen Krankheitskonzepte, die Arten hilfreicher Haltungen und die Prinzipien der Therapie vermittelt. Die Mitglieder des Betreuerteams wurden sowohl in Workshops als auch durch praktische Anleitung in der LWL-Klinik Warstein intensiv auf ihre zukünftige Aufgabe vorbereitet.

Alle Teammitglieder verfügten zu Beginn des Projekts über ein breites Spektrum theoretischer Grundlagen im Hinblick auf eine professionelle und kompetente Betreuung dieses Personenkreises. Dabei erfolgte der Wissenstransfer vor allem aus der klinischen Perspektive, mit all den Einschränkungen, die bei einer solchen Übertragung berücksichtigt werden müssen. So wurde an dieser Stelle nochmals deutlich, dass es eine soziotherapeutische Konzeption zum Umgang mit Borderline Kranken eigentlich noch nicht gibt.

Nach der Fortbildung begann dann die konkrete Arbeit in den



Rosemarie Schmidt  
Diplom Pädagogin und  
Systemische Beraterin,  
leitet seit 1989 den  
Wohnverbund Chris-  
tophorushaus in Lipp-  
stadt, Träger ist das  
Sozialwerk St. Georg  
e.V. in Gelsenkirchen.  
Email: r.schmidt@  
sozialwerk-st-georg.de



Ewald Rahn  
Arzt für Nervenheilkunde und Psychotherapeut, stellvertretender Leiter der LWL-Klinik Warstein. Er veröffentlichte bereits mehrere Bücher zum Thema Borderline und schrieb gemeinsam mit Angela Mahnkopf das Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf.

Wohngruppen, wobei sich die Teammitglieder mit viel Optimismus und offen für neue Erfahrungen der Arbeit zuwandten. Die Unterstützung durch die Klinik erfolgte jetzt im Rahmen einer regelmäßigen Supervision. Diese fortlaufende Unterstützung bewährte sich dann in der Folgezeit insbesondere bei der Krisenbewältigung und der Auswertung von Kriseninterventionen in der Klinik. Die Erfahrungen zeigten, wie wichtig bei der Krisenbewältigung feste und verbindliche Absprachen mit allen Beteiligten sind. So war es immer hilfreich, wenn das Ziel der Krisenintervention aber auch deren Dauer vereinbart wurden. Um zu verhindern, vom Krisengeschehen alleine eingenommen und bestimmt zu werden, diente die Kooperation zwischen Klinik und Wohnheim an dieser Stelle auch der Einbettung der Krisenintervention in einen längerfristig angelegten Entwicklungsplan.

Diese Einbettung konnte dann besonders gut erreicht werden, wenn mit allen Beteiligten eine sorgfältige Auswertung der Krisen erfolgte. Wie zu erwarten konzentrierte sich schon bald nach dem Beginn des Projektes die Aufmerksamkeit auf die Beziehungsgestaltung, wobei nicht alleine die Helfer-Klient-Beziehungen die Dynamik bestimmten, sondern auch die Beziehungen der Klienten untereinander, was schon bald zu „Krisen“ führte. Obwohl das „Handwerkszeug“ für ein ressourcenorientiertes Vorgehen vorhanden war, trat bei der Betreuung der Klientinnen und Klienten der Störungsaspekt von Beginn an in den Vordergrund, während der Ressourcenaspekt eher vernachlässigt wurde. Beispielsweise kam es anfangs bei zwei miteinander liierten Bewohnerinnen zu emotional hochgeladenen Beziehungskonflikten und Eifersuchtsszenen.

Daraus entstand eine Dynamik, denen sich die Mitarbeiter kaum entziehen konnten, weil sie von den Betroffenen wiederholt in das Beziehungsgeschehen hineingezogen wurden. Von außen betrachtet entstand bald der Eindruck eines reaktiven permanenten Krisenmanagements durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die damit in Gefahr gerieten, den Entwick-

lungs- und Ressourcenaspekt aus den Augen zu verlieren. Verschiedene Krisensituationen führten dann auch zu Notaufnahmen in der Klinik. Auch wenn diese Aufnahmen in gewisser Weise entlastend waren, nutzten einige Bewohnerinnen und Bewohner diese Möglichkeiten zur Vermeidung. An dieser Stelle bewährte sich die Zusammenarbeit, weil solche Muster nur durch klare Absprachen zu verändern sind. Daraus entwickelte sich für einige Betroffene ein Regelwerk, in das etwa die Gründe für eine Klinikaufnahme aufgenommen wurden.

Hier bestätigte sich einmal mehr, dass die Hilfe bei Borderline Betroffenen am besten einer Verhandlungsethik folgt. Um Differenzen über die Notwendigkeit der stationären Aufnahme zu vermeiden, wurde vereinbart, dass der Einschätzung der Wohnheimmitarbeiter von Seiten der Klinik zunächst vertraut wird und eine „unproblematische“ Aufnahme in der Klinik erfolgt. Bei der praktischen Umsetzung dieser Vereinbarung kam es aber an manchen Stellen zu Schwierigkeiten, weil die Informationen bei der komplexen Organisation der Klinik nicht immer genügend transparent gemacht werden konnten. Beispielsweise verursachte die Aufteilung des klinischen Angebotes auf zwei Standorte immer wieder Probleme beim reibungslosen Ablauf der Aufnahmen. Auch die Regeln bei der Aufnahme auf den Stationen mit spezifischen Angeboten waren nicht in jedem Fall mit den Notwendigkeiten bei der Krisenintervention in Einklang zu bringen. Im Großen und Ganzen waren diese Probleme bei der Koordination zwischen Wohnheim und Klinik durch die persönlichen Kontakte zwischen den Mitarbeitern von Klinik und Wohnheim zu lösen.

Die Verlässlichkeit der Vereinbarungen wurde aber nicht immer erreicht, da sich innerhalb des Teams zunehmend Unsicherheiten und Ängste entwickelten. Die Befürchtung heftigster Reaktionen von Seiten der Klientinnen und Klienten verhinderte eine angemessene Auseinandersetzung mit Vereinbarungsinhalten. So provozierte eine Klientin zunächst ihre

Aufnahme in die Klinik, dort aber regelmäßig eine Fixierung. Nach der Krisenintervention äußert sie dann Vorwürfe, es werde nicht richtig mit ihr umgegangen. Diese Ambivalenz gegenüber der Art der Krisenintervention erzeugte spiegelbildlich Unsicherheit über die Art der Krisenintervention auch bei den Mitarbeitern des Wohnheimes. Es gelang jedoch in diesem Fall nicht, mit der Betroffenen ein anderes Vorgehen zu vereinbaren, was in der Krise von Bestand hatte, sodass sich bei der Aufnahme mehrfach der gleiche Ablauf wiederholte und kein konstruktiveres Vorgehen gefunden werden konnte.

Gerade aus der Dynamik in den Beziehungen der Klientinnen und Klienten untereinander resultierten erhebliche emotionale Belastungen für die Teammitglieder. Das subjektive Erleben der Teammitglieder war schließlich gekennzeichnet von dem Gefühl „sich abzuarbeiten“ ohne Erfolge zu sehen und dafür von der Leitung noch kritisiert zu werden. Die Belastungen wurden dann für einige Mitglieder des Teams (inklusive der Teamleitung) so hoch, dass sie aus dem Team ausschieden.

Die neue Teamleitung und das „neue“ Team standen dann zunächst vor der schwierigen Aufgabe, die emotionalen Irritationen im Team aufzuheben, die bisherigen Erfahrungen auszuwerten und eine Weiterentwicklung der Konzeption voranzutreiben. Durch den Weggang von Wohnheimmitarbeitern kam es auch bei einer Reihe von Bewohnern zu Krisen (Unterbrechung der Betreuungskontinuität). Diese Bewohner transportierten dann ihre subjektive Sicht der Situation im Wohnheim in die Klinik, was die Kooperation auf die Probe stellte. An dieser Stelle bewährte sich dann die bisherige Zusammenarbeit, weil so die Mitarbeiter der Klinik an einer Deeskalation mitarbeiten konnten.

Welche Schlussfolgerung konnte aus dieser Entwicklung geschlossen werden? Es zeigt sich, dass bei der Betreuung emotional instabiler Menschen die Beziehungsgestaltung (Empathie) alleine nicht ausreicht, um zu einer

konstruktiven Zusammenarbeit zu kommen. Bewährt hatten sich dagegen vor allem gemeinsame Vereinbarungen, die der Beziehungsgestaltung, der Übernahme von Eigenverantwortung, der Krisenbewältigung, der Formulierung von positiven Entwicklungszielen und der Grenzsetzung dienen. Die Konzentration auf die Krisen der Bewohner hatte zu einer Vernachlässigung des Ressourcenaspektes geführt. Es musste daher ein Weg gefunden werden, dass der kontinuierlichen Entwicklung der Bewohner mehr Beachtung geschenkt werden kann. Es bestand Einigkeit darüber, dass dies ein systematischeres Vorgehen erfordert.

Gerade die Notwendigkeit, systematisch positive (Entwicklungs-)ziele zu erarbeiten bildete die Grundlage, die Zusammenarbeit zwischen Wohneinrichtung und Klinik im Rahmen des Stepps-Programms nochmals zu vertiefen. Stepps ist ein aus den USA stammendes Fertigkeitstraining für Borderline Patienten. Es handelt sich um ein ambulantes Programm über 20 Wochen. Im Rahmen des Programms werden die Krankheit erklärt, Fertigkeiten im Umgang mit Emotionen und Verhaltensfertigkeiten vermittelt. Ein besonderes Element dieses Programms ist, dass die Helfer (professionelle Helfer ebenso wie Freunde und Angehörige) in das Programm einbezogen werden.

Als verbindendes Glied zwischen allen Beteiligten dient die „gemeinsame Sprache“. Damit ist die Verbesserung der Kooperation zwischen Betroffenen und Helfern eins der zentralen Ziele dieses Programms. Die Grundidee war daher, Stepps einzusetzen, um den Betroffenen eine konstruktivere Nutzung der soziotherapeutischen Hilfen zu ermöglichen, den Betreuungsaufwand zu reduzieren und Krisen zu vermeiden. Stepps stellt dabei kein umfassendes Therapieprogramm dar, sondern kann mit allen möglichen Formen der Hilfe kombiniert werden. Zudem ist das Programm so stark strukturiert, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne psychotherapeutische Ausbildung im engeren Sinne die Gruppen leiten können. All diese Merk-

male wiesen Stepps als für diese Fragestellung geeigneten Ansatz aus. Nach einer Trainerausbildung startete die erste Gruppe, die dann im Sinne der Zusammenarbeit zunächst von Wohnheim- und Klinikmitarbeiter geleitet wurde.

Diese institutionsübergreifende Arbeit an einem inhaltlichen Angebot vertiefte nochmals die Zusammenarbeit zwischen den beiden Institutionen, weil damit auch ein Transfer von Inhalten und Haltungen ermöglicht wird. So können die Mitarbeiter der Klinik darauf vertrauen, dass die Arbeit in der Klinik im Wohnheim ihre Fortsetzung finden wird. Aber auch die Betroffenen spüren viel mehr die Gemeinsamkeit, zumal sie über die gemeinsamen Inhalte erfahren, dass sich die Helfer in Klinik und Wohnheim miteinander austauschen und gemeinsam am Fortkommen der Betroffenen arbeiten. Zudem wird das Bild nicht mehr in erster Linie vom Erleben der krisenhaften Zuspitzungen geprägt, denn auch die übergreifenden Ziele und Entwicklungen werden von allen getragen. So gelingt es auch besser, die Krisen auszuwerten und angemessen einzuordnen. Durch das gemeinsame Projekt erhöht sich auch die Chance, im Umgang den gegenseitigen Respekt zu erhöhen. Vielleicht ist dieser Respekt der größte Unterschied, der durch das Projekt erreicht werden wird.

Trotz oder gerade durch die oben beschriebene krisenhafte Zuspitzung hat sich bis zu diesem Zeitpunkt daher die Zusammenarbeit zwischen soziotherapeutischer Einrichtung und Klinik bewährt, weil damit ein gemeinsames Lernfeld erschlossen wird, wie in einem gegliederten subdifferenzierten Versorgungssystem Menschen mit emotionaler Instabilität optimal versorgt werden können.

Rückblickend auf die bisherigen Erfahrungen, lässt sich sagen:

- Es fehlt eine evaluierte und erprobte Konzeption zur soziotherapeutischen Versorgung von Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeit.
- Die klinischen Erfahrungen mit strukturierten, programmatisch aufgebauten und zeitlich begrenzten Therapieprogrammen können

nicht ohne Weiteres auf soziotherapeutische Einrichtungen übertragen werden.

- Gerade bei der Krisenintervention sind klare strategisch angelegte Vereinbarungen zwischen den beteiligten Einrichtungen von zentraler Bedeutung.
- In der soziotherapeutischen Versorgung spielen die Beziehungen der Betroffenen untereinander eine große, nicht immer konstruktive, Rolle. Dies muss bei der Planung der Einrichtungsstruktur und der Tagesabläufe Berücksichtigung finden. Die Bewohner müssen ausreichende Rückzugsmöglichkeiten haben, um sich vor Trigger-Situationen zu schützen. Außerdem muss der Entwicklung einer „Borderline“ Subkultur vorgebeugt werden. Dazu dienen unter anderem auch Angebote, die dem allgemeinen Fortkommen dienen (Arbeit, Schule, Verpflichtungen etc.)
- Die emotionale Belastung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in soziotherapeutischen Einrichtungen ist im Umgang mit dem Klientel ungleich höher.
- Die Betroffenen brauchen systematische Hilfen, um von soziotherapeutischen Hilfen profitieren zu können (etwa im Rahmen von Stepps Gruppen).
- Die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen braucht eine systematische Pflege. Dies beinhaltet die Pflege persönlicher Kontakte ebenso, wie die gemeinsame Arbeit an Inhalten und Zielen. Der Kontakt sollte von Respekt getragen, die Unterschiede akzeptiert und die Zusammenarbeit durch konkrete Vereinbarungen gestützt werden.
- Auch in soziotherapeutischen Einrichtungen muss die Zusammenarbeit mit den Betroffenen auf Vereinbarungen basieren. Die Vereinbarungen dienen dabei der Kontinuität der Betreuung und sollten nicht als Kündigungskriterien formuliert werden. Dazu gehört zu Anfang der Betreuung eine umfassende Information jedes Klienten und jeder Klientin zu den Strukturen der Einrichtung, zum Leistungsangebot und zu Betreuungsinhalten und -zielen. Gelingt es nicht, zu solchen zuverlässigen Vereinbarungen zu kommen, ist der Erfolg der Hilfe erheblich gefährdet. Dies gilt für die klinische Versorgung ebenso,

wie für die rehabilitativen Angebote.

- Vereinbarungen müssen fortlaufend gepflegt werden, damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aber auch die zu betreuenden Menschen die Ziele der Betreuung nicht aus den Augen verlieren. Vereinbarungen bewähren sich, wenn sie sehr konkrete, klar formulierte und alltagstaugliche, am Leistungsangebot der Einrichtung orientierte Punkte beinhalten. Sie basieren im Wesentlichen auf der Eigenverantwortung des Betroffenen. Dies gibt beiden Seiten Sicherheit und Orientierung und fördert Vertrauen in die Bezie-

hungsgestaltung. Die Vereinbarungen sollten sich stets an den individuellen Ressourcen und Zielen der Klienten und Klientinnen orientieren und nicht der Erfüllung fremder Erwartungen dienen. Vereinbarungen sollen positive Entwicklungsziele benennen, damit für die Betroffenen der Erfolg der eigenen Bemühungen sichtbar und spürbar wird.

- Unerlässlich sind auch klare Regeln zur Krisenintervention, die institutionsübergreifend vermittelt werden müssen. .
- Zeitliche Vereinbarungen hinsichtlich Dauer und Häufigkeit von Kontakten sollten ebenfalls

konkret festgelegt werden. Somit laufen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weniger Gefahr, für Klientinnen und Klienten als Ersatz für andere fehlende Beziehungen gesehen zu werden oder sich in Kontakten zu verlieren.

- Hilfen für emotional instabile Menschen erfolgen am besten in Netzwerken, die sich gerade in Krisensituationen bewähren. Netzwerke dienen auch der Vermittlung von Haltungen, der Koordination verschiedener Angebote, aber auch der kollegialen Beratung und Unterstützung. ●