

Eva Schaller, Heike Hümpfner und Manfred Wolfersdorf

4 Jahre Borderline-Wohngemeinschaft Bayreuth (BWG): Erfahrungsbericht

4 Years Flat-Share among former inpatients with Borderline Personality Disorder –
A Field Report

Zusammenfassung

Im Juli 2003 wurde aus sozialpsychiatrischer Indikation eine Borderline-WG für ehemals stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelte Patient(inn)en eröffnet. Seither wohnten dort 22 Frauen und ein Mann durchschnittlich 14,1 Monate unter niederfrequenter sozialpädagogisch-psychiatrisch-fachpflegerischer Betreuung. Untersucht wurde die Abnahme sozial auffälliger Verhaltensweisen, wie beispielsweise fremdaggressives, selbstverletzendes oder süchtiges Verhalten. Dabei konnten jeweils im Vergleich zum Zeitraum davor (6-12 bzw. 13-18 Monate nach Aufnahme in die BWG) signifikante Verbesserungen beobachtet werden.

Schlüsselwörter

Borderline-Persönlichkeitsstörung – Wohngemeinschaft – sozial auffälliges Verhalten

Summary

In July 2003 a flat-sharing community for former psychiatric inpatients with a primary ICD-10 diagnosis of borderline personality disorder was opened. So far 23 patients (22 women, 1 man) have been living in this project for an average of 14.1 months with low-frequency therapeutic contacts. According to a self-evaluation questionnaire completed by the patients on a monthly basis a significant decrease, in particular in self-destructive and suicidal behaviour, but also in aggression against others as well as socially unwanted behaviours in sum was reported.

Keywords

borderline personality disorder – flat-sharing project – socially unwanted behaviour

■ Einleitung

Der Anteil an Persönlichkeitsstörungen der Gruppe F60 – F68 der ICD-10 in der Normalbevölkerung Europas und Nordamerikas wird mit durchschnittlich 11 % angegeben, bei psychisch Kranken schwanken die Prävalenzraten um 38-81 % für ambulant und 26-92 % für stationär behandelte Patienten (Krücken et al., 2002). Die Beobachtung, dass mit zunehmendem Alter die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen abnimmt, wird auf erlernte Adaptationsmechanismen zurückgeführt. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung scheint die höchste Prävalenzrate sowohl in der Allgemeinbevölkerung wie auch unter einer Inanspruchnahme-Klientel aufzuweisen, wobei zum einen eine häufige Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, Angst- und Panikstörungen, Essstörungen und auch somatoformen Störungen, vorliegt, andererseits eine zusätzliche Beeinträchtigung durch delinquentes und zum Teil kriminelles Verhalten, durch süchtiges Verhalten, Selbstverletzung und Suizidalität zu beobachten ist. Für die bayerischen Bezirkskrankenhäuser hat Wolfersdorf (Wolfersdorf, 1999; Wolfersdorf und Dose, 2004) eine Häufigkeit von 13,2 % Persönlichkeitsstörungen i. S. der ICD-10-F60-Gruppe auf den Psychotherapie-

Psychosomatikstationen im Jahre 1997 berichtet; Tritt und Mitarbeiter (2003) fanden in 11 stationären psychosomatischen Einrichtungen in den Jahren 2001/2002 von 8390 stationären Patienten 9,6 % Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 F6. Nach Bronisch (2006) könne die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen grundsätzlich ambulant erfolgen, wobei Ausnahmen Selbst- und Fremdgefährdung der Patienten sowie äußere Bedingungen seien, die eine ambulante Behandlung erschwerten. Unter Letzteren werden z. B. Suizidideen und Suizidversuche, nicht mehr kontrollierbare selbstschädigende Handlungen, ein ausgeprägtes depressives Syndrom mit und ohne Suizidalität, Abhängigkeitserkrankungen, die einen körperlichen Entzug und evtl. eine Entwöhnungsbehandlung erfordern, eine manifeste Psychose, schwerwiegende Lebensereignisse sowie Fremdgefährdung aufgeführt.

Für die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung stehen heute psychoanalytisch-tiefenpsychologische sowie verhaltenstherapeutische Ansätze zur Verfügung. Nach Rohde-Dachser (2006) ist allen gemeinsam die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, eine möglichst klare Strukturierung des therapeutischen Settings sowie die Einführung von Grenzsetzungen gegen selbst- und fremddestruktives Verhalten. Letzteres ist häufig Anlass notfallmäßiger stationärer

Wir danken Herrn Manfred Mader und Frau Margitta Müller vom Verein Kontakt, Bayreuth, für die gute Zusammenarbeit bei dem gemeinsamen Projekt.

närer Aufnahme in eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Nach Purucker et al. (2007) bzw. Spießl et al. (2007) liegt der Anteil der stationär behandelten Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei 14-18 %. Dabei handelt es sich in der Regel um sozial nicht mehr integrierte, meist arbeits- und oft auch wohnsitzlose Patienten und Patientinnen mit einem hohen Ausmaß an Komorbidität mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen, was neben den medizinisch-therapeutischen Interventionen auch klassisch-sozialpsychiatrische Maßnahmen erfordert (Schaller et al., 2007).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wird als eine schwerwiegende, generalisierte Störung der Emotionsregelung und der Impulskontrolle beschrieben und geht einher mit tiefgreifenden Störungen des Selbstbildes und des Selbstwertgefühles sowie der Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktionen (Bohus und Schmahl, 2007; Lieb et al., 2004). Sie ist häufig verbunden mit Selbstverletzungen, Essstörungen, dissoziativen Zuständen, emotionaler Angespanntheit, wobei vor allem selbstverletzende Verhaltensweisen, schwere Essstörungen und auch Suizidalität zur stationären Aufnahme in eine Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik führen. Die emotionale Instabilität, die raschen Schwankungen und auch die ausgeprägte Irritierbarkeit von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gestalten den Umgang im therapeutisch-pflegerischen Bereich in der Klinik häufig sehr schwierig und führen zu angespannten Situationen sowie auch häufig zu vorzeitigen Entlassungen, die auf therapeutisch-pflegerischer Seite manchmal auch im Bereich der unkontrollierten Gegenübertragung anzusiedeln sind. Von vielen Seiten wird deswegen (s. Bronisch, 2006) eine ambulante oder auch eine tagesklinische Behandlung dem vollstationären Setting vorgezogen und die stationäre psychiatrische Behandlung nur i. S. einer Krisenintervention empfohlen.

Als Indikation für eine vollstationäre Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, unabhängig von der Zuordnung zu einem Subtyp, erachten wir Suizidalität und Fremdgefährdung, Chronifizierung, ausgeprägte soziale Problematik, fehlende ambulante Versorgung psychiatrischer und auch allgemeinmedizinischer Art, Gefahr der Kriminalisierung, massive Gefährdung der sozialen Beziehungen, sofern solche noch vorhanden sind, fehlender Wohnsitz, fehlende Anbindung an ein soziales Versorgungsnetz. Damit sind Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen jenseits aller psychotherapeutischen Überlegungen immer auch Patienten für klassische sozialpsychiatrische Interventionen von sozialpädagogischer und fachpflegerischer Seite, bei denen es um soziale Integration, Lebenserhaltung, Rückführung in soziale Netzwerke und Nutzung der gegebenen Rahmenbedingungen materieller Art geht. Dass dies für die meisten in stationäre Behandlung kommenden Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt, ist Überzeugung der Autoren vor dem Hintergrund der langjährigen Erfahrung mit dieser Patientengruppe und auch ideologischer Hintergrund des nachfolgend geschilderten Borderline-WG-Projektes Bayreuth (s. auch Wolfersdorf et al., 2007; Schaller et al., 2007).

■ Projekt Borderline-Wohngemeinschaft Bayreuth – Entstehungsgeschichte

Die Idee zu einer „Wohngemeinschaft für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen“ (nachfolgend als BWG = Borderline-WG bzw. Borderline-Persönlichkeitsstörungen = BPsT bezeichnet) entstand im Jahre 2002 im therapeutisch-pflegerischen Team der damaligen Psychotherapiestation der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirkskrankenhauses Bayreuth. Hintergründe waren damals 1. der besonders hohe Anteil an Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die über 50 % der stationären Klientel ausmachten, 2. die schwierige soziale Situation der Patientinnen und Patienten, die meist wohnsitz- und erwerbslos waren, sowie 3. eine unbefriedigende psychiatrisch-psychotherapeutische und ärztliche Versorgungssituation. Gerade Letzteres führte immer wieder zu Problemen: Die Chirurgen der Notambulanz des regionalen Klinikums beschwerten sich über den hohen Anteil an sich selbst verletzenden Patientinnen, die eine Zeit lang nahezu täglich in der Notaufnahme versorgt werden mussten. Daraufhin publizierten die Patienten der Borderline-WG einen Leserbrief in der regionalen Tageszeitung, in dem sie sich über das für sie diskriminierende Verhalten der Chirurgen in der Notfallambulanz beschwerten. Sodann kam es zu häufigen Wiederaufnahmen ins Bezirkskrankenhaus, so zumindest der Eindruck aus klinischer Sicht.

Die grundsätzliche Überlegung war, Wohnraum in einer psychosozial vom regionalen Psychiatrie-Verein „Verein Kontakt e. V.“ betreuten Wohngemeinschaft für etwa ein Jahr Verweildauer anzubieten und dabei Beziehungskonstanz (2 Betreuer: 1 Fachpfleger, 1 Diplom-Sozialpädagogin), Orientierung bezüglich Autonomie, versuchte Reintegration in den Arbeitsmarkt sowie Beziehungsfähigkeit in der Wohngemeinschaft zu fördern. Ziel war die Rückführung der Patientinnen und Patienten innerhalb eines Jahres in autonome Lebensbedingungen unter Verbesserung ihrer sozialen Situation und Beziehungsfähigkeit. Die wissenschaftliche Begleitung oblag dem Bezirkskrankenhaus Bayreuth; dazu wurde unter fachlicher Anleitung und Prüfung auf Plausibilität monatlich ein Selbstbeurteilungsbogen ausgefüllt sowie der CGI erhoben. Hier sollen erste Ergebnisse berichtet werden.

Seit mehr als zwei Jahrzehnten besteht in Bayreuth der psychiatrisch-psychosoziale Hilfsverein „Verein Kontakt e. V.“, der in enger Zusammenarbeit mit dem Bezirkskrankenhaus Bayreuth heute ca. 100 Wohngemeinschaftsplätze für psychisch kranke Menschen zur Verfügung stellt. Nachdem der Verein Kontakt in den Jahren zuvor bereits mehrfach „Experimentierfreude“ bewiesen hatte – z. B. wurde eine der ersten Wohngemeinschaften für forensische Patienten in Bayreuth eingerichtet –, lag es nahe, insbesondere die katastrophale Wohn- und Arbeitssituation der in stationärer Behandlung auf der Psychotherapiestation befindlichen Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen zur Aufgabe des Vereins und des BKH vor dem Hintergrund eines sozialpsychiatrisch-psychotherapeutischen Verständnisses zu machen und im Rahmen eines gemeinsamen Projektes Wohnraum und damit soziale Integration und soziale Sicherheit zur Verfügung zu stellen.

Der erste Entwurf eines solchen „Modellprojektes“ wurde im Februar 2002 vom damaligen Stationsarzt der Psychotherapiestation Norbert Nießen, Frau Diplom-Sozialpädagogin Heike Hümpfner, der zuständigen Oberärztin der Psychotherapiestation Frau Dr. med. Gabriele Weishaupt-Langer und dem Ärztlichen Direktor und Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf vorgelegt. Der „Verein Kontakt e. V.“ Bayreuth stieg in das Projekt ein, stellte im Rahmen der Sanierung und Neueröffnung eines Wohnhauses Wohnraum und 2 Mitarbeiter hierfür zur Verfügung. Entsprechend einer psychodynamisch-sozialtherapeutischen Konzeption, die auf therapeutische Kontinuität und aktuellen Lebensbezug setzt, und in enger Zusammenarbeit mit der Psychotherapiestation des BKH Bayreuth bei autonomer bzw. durch das Betreuersteam gestützter Lebensgestaltung der Patienten erfolgte eine enge klinisch-wissenschaftliche Begleitung durch die Sozialpädagogin der Psychotherapiestation und den Ärztlichen Leiter (M. W.). Die Eröffnung der BWG bzw. die Erstbelegung fand im Juli 2003 statt. Es handelt sich um eine WG im Erdgeschoss eines völlig neu sanierten Gebäudes mit Einzelzimmern und Gemeinschaftsräumen sowie einem ebenerdig zugänglichen Garten. Eine regelmäßige Betreuung durch die genannten Mitarbeiter des Vereins Kontakt erfolgt mehrfach in der Woche mit jeweils einer gemeinsamen WG-Versammlung am Freitag. (Wir danken an dieser Stelle dem Verein Kontakt e. V. für die gute und enge kollegiale Zusammenarbeit und natürlich ganz besonders für den „Mut“, in dieses Projekt einzusteigen. Es sei daran erinnert, dass es sich hier um schwerstkranke Patienten handelt (Wolfersdorf et al., 2008 – im Druck).

■ Untersuchungsmethode

Wir berichten über insgesamt 23 Patienten, 22 Frauen und einen Mann, im Alter von 19 bis 47 Jahren ($M = 27.6$, $SD = 7.2$). Die Verweildauer in der Borderline-WG betrug zwischen einem und 35 Monaten ($M = 14.1$, $SD = 9.0$). Die bisherige Erkrankungsdauer der Patientinnen und des Patienten lag zwischen 1.5 und 24 Jahren ($M = 11.1$, $SD = 7.3$).

Bei der Untersuchung handelt es sich um ein fortlaufendes Projekt, wobei hier die ersten 4 Jahre betrachtet werden. Im Erhebungszeitraum von Juli 2003 bis August 2007 wurde jeweils am Monatsende für die letzten 4 Wochen (bzw. 6 Wochen bei Aufnahme in der Mitte eines Monats) ein Fragebogenpaket ausgefüllt.

Die Patientinnen und der Patient selbst füllten einen von der Arbeitsgruppe erstellten Erhebungsbogen zur Erfassung auffälliger Verhaltensweisen aus. Zusätzlich wurden von den Betreuern die Global Clinical Impression (CGI) ausgefüllt.

Als Messinstrument wurde ein von der Arbeitsgruppe zu diesem Zweck erstellter „Erhebungsbogen zur Erfassung auffälliger Verhaltensweisen“ verwendet, der als Selbstbeurteilungsinstrument den PatientInnen vorgelegt wurde. Die Beantwortung erfolgte im Bezugsrahmen der jeweils letzten 4 bzw. 6 Wochen bei Neuaufnahme in der Mitte eines Monats. Die Patientinnen und der Patient schätzten rückblickend die Häufigkeit folgender auffälliger Verhaltensweisen ein: fremd-aggressives Verhalten, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche, Suizidgedanken, Alkoholmissbrauch, Drogenmiss-

brauch. Anschließend wurde der Fragebogen von den Betreuern der Borderline-WG auf Plausibilität überprüft und ggf. richtiggestellt. Weiterhin wurde das CGI als Beurteilungsskala zu erfassender Therapieeffekte bei allen Störungsgruppen von den Betreuern ausgefüllt. Folgende Aspekte wurden beurteilt: Schweregrad der Krankheit, Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung, therapeutische Wirksamkeit der Behandlung, unerwünschte Wirkungen (Therapierisiken). Die Bearbeitung nimmt ungefähr 8 Minuten in Anspruch.

Die Patientinnen und der Patient waren über die Zielsetzung der Untersuchung aufgeklärt, die Teilnahme erfolgte freiwillig. Die Bearbeitung nimmt ca. 5 Minuten in Anspruch und wurde jeweils im Rahmen der wöchentlich am Freitag stattfindenden WG-Versammlung durchgeführt. Die berichteten Ergebnisse wurden von den Betreuern auf Plausibilität bzw. Korrektheit der Angaben überprüft.

■ Ergebnisse

Seit Eröffnung der Borderline-WG am 15. Juli 2003 lebten insgesamt 23 Personen in der BWG (22 Frauen, 1 Mann; Tab. 1). Das mittlere Alter beträgt 27.6 Jahre, Spannweite 19-47 Jahre. Die mittlere Verweildauer in der BWG betrug in Monaten bis zum Zeitpunkt der jetzigen Untersuchung (August 2007) bzw. bis zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der WG 14.1 Monate, Spannweite 1-35 Monate. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug 11.1 Jahre bis zum Zeitpunkt der Untersuchung (Angaben von 13 Patienten). Alle Patientinnen und der Patient befanden sich über den gesamten Zeitraum der Datenerhebung in ambulanter psychiatrischer Behandlung, zum Teil bei niedergelassenen Nervenärzten/Fachärzten für Psychiatrie, zum Teil in der Psychiatrischen Institutsambulanz des Bezirkskrankenhauses Bayreuth. Im Untersuchungszeitraum gab es 4 vorzeitige Entlassungen, einmal wegen einer körperlichen Erkrankung, die zur Aufnahme in die Klinik für Neurologie des BKH Bayreuth und zur Diagnose einer Multiplen Sklerose bei der Patientin führte, einmal erfolgte die Rückverlegung in das Bezirkskrankenhaus Bayreuth wegen akuter Verschlechterung, einmal die Verlegung in eine geplante Rehabilitationsmaßnahme und einmal eine disziplinarische Entlassung aus der WG aufgrund eines Alkohol-exzesses.

Bei 20 Patienten war die Verlegungs- und Hauptdiagnose eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung von Borderline-Typus (ICD-10 F60.31), 2 Patientinnen hatten als Hauptdiagnose eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6), und einmal war die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F61.0) gestellt worden. An psychiatrischen Nebendiagnosen lagen 33 Angaben aus den ICD-Gruppen F3, F4 und F5 vor. Bei 6 Patienten waren auch somatische Nebendiagnosen gestellt worden. 19 der Patienten waren auf Psychopharmaka (Antidepressiva oder Neuroleptika) eingestellt; die Medikation wurde weitergeführt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Selbstbeurteilung der Patienten anhand des Erhebungsbogens bezüglich des Auftretens auffälliger Verhaltensweisen (fremd-aggressives Verhalten, selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche, Suizidgedanken, Alkoholmissbrauch, Drogenmissbrauch) im jeweils vergangenen Zeitraum untersucht. Die Ergebnisse sind in den

Tabelle 1: Patientengruppe BWG

- **Anzahl Bewohner/-innen:** seit Eröffnung am 15. Juli 2003 lebten insgesamt n = 23 Bewohner/-innen in der BWG
- **Geschlecht**
 - o weiblich n = 22
 - o männlich n = 1
- **Alter (in Jahren):** M = 27.6, SD = 7.2
- **Verweildauer in der BWG (in Monaten):** M = 14.1, SD = 9.0 (bis August 2007)
- **Psychiatrische Hauptdiagnosen (ICD-10)**
 - o F60.31 n = 20
 - o F60.6 n = 2
 - o F61.0 n = 1
- **Psychiatrische Nebendiagnosen**
 - o n = 16 Patient(inn)en (insgesamt 33 Angaben)
 - o aus den ICD-10-Gruppen F4, F5, F3
- **Krankheitsdauer (in Jahren):** M = 11.1, SD = 7.3 (n = 13, kA = 10)
- **Vorzeitige Entlassungen aus BWG:**
 - o 1x Rückverlegung in Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des BKH Bayreuth
 - o 1x Verlegung in Reha-Maßnahme
 - o 1x disziplinarische Entlassung nach Alkoholexzess
 - o 1x nach Erstdiagnose einer schweren neurologischen Erkrankung

Tabellen 2.1-2.4 zusammengefasst. Dabei fällt auf, dass die Gesamtsumme der auffälligen Verhaltensweisen vom ersten Zeitabschnitt zum zweiten und dritten deutlich zunimmt, im vierten Zeitabschnitt jedoch ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen ist: 58/76/97/64. Auffällig ist dabei die Veränderung der Anzahl der Selbstverletzungen vom ersten bis zum vierten Zeitabschnitt: 36/48/35/6 (als selbstverletzendes Verhalten gilt: schneiden oberflächlich, schneiden tief, Selbstverletzung nicht näher bezeichnet, sich verbrennen, sich verbrennen, Haut blutig kratzen, sich schlagen, sich stoßen, sich reiben bzw. schürfen, Verschlucken von Gegenständen, Medikamentenmissbrauch, Essattacken, Intoxikationen). Die Angabe von Suizidideen nahm im gleichen Zeitraum zu: 11/22/29/34. Die Häufigkeiten der sonstigen Verhaltensweisen blieb im Wesentlichen gleich.

Die von den Betreuern zur Erfassung von Therapieeffekten ausgefüllte Clinical-Global-Impression-Skala beurteilt Schweregrad der Erkrankung, Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung, therapeutische Wirksamkeit der Behandlung, unerwünschte Wirkungen. Ein mittlerer CGI-Wert für alle Patientinnen und Patienten erbrachte keine signifikanten Änderungen über den Gesamtzeitraum der Erhebung.

■ Diskussion

Die Idee einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entstand im Wesentlichen vor dem Hintergrund sozialpsychiatrischer Überlegungen. Dass sich eine derartige Konzeption mittel- und langfristig auch günstig auf Symptomreduktion und Besserung auffälliger Verhaltensweisen sowie auf eine möglicherweise neue Orientierung der Patientinnen und Patienten auswirkt, war zwar erwünscht, jedoch auf der Basis der vorhandenen Literatur nicht zu erwarten (Bohus und Schmah, 2007; Rahn, 2006;

Lieb et al., 2004; Janssen, 1994). Janssen (1994) schreibt in seinen „Leitlinien zur Borderline-Behandlung“, dass der Borderline-Patient einen stabilen Behandlungsrahmen und eine aktive, beziehungsherstellende therapeutische Haltung benötige. Dabei müsse der Therapeut in der Lage sein, ein Containment für die Wut des Patienten in der negativen Übertragung aufrechtzuerhalten und selbstdestruktives Verhalten einschließlich notwendiger Grenzsetzungen frühzeitig zu thematisieren; Interpretationen sollen am Hier und Jetzt orientiert sein. Bronisch (2006) meint, die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen könne grundsätzlich ambulant erfolgen. Interessanterweise gibt es jedoch kaum Empfehlungen für die Rehabilitation bzw. für die weitere sozialpsychiatrische Versorgung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Gemeindepsychiatrie, wenngleich diese zu häufigen Nutzern von medizinischen Versorgungssystemen werden können, von der chirurgischen Notfallversorgung bis hin zur psychiatrischen Krisenintervention. Viele Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind aus dem sozialen Gefüge der familiären Anbindung, der Teilhabe an Arbeit und gesellschaftlichem Leben herausgefallen, so dass sich nach stationärer notfallpsychiatrischer Intervention fast immer die Frage nach dem weiteren Verbleib, nach der Arbeits- und Wohnsituation und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stellt.

Vor dem Hintergrund dieser letztlich unbefriedigenden Situation entstand wegen der großen Anzahl von Menschen mit dieser Problematik, die sich zur stationären notfallpsychiatrischen und Kriseninterventionsbehandlung auf der Psychotherapiestation des Bezirkskrankenhauses Bayreuth aufhielten, die Idee der Implementierung eines klassischen sozialpsychiatrischen Projektes in Form einer Wohngemeinschaft mit festgefügttem, vorgegebenem Rahmen und fachpflegerisch-sozialpädagogischer Betreuung.

Tabelle 2.1: BWG Verein Kontakt e.V.: Auffälliges Verhalten: Häufigkeit während Wohnzeit in BWG im Zeitraum 08/2003 bis 07/2004

Lfd. Nr. Bewohner	VP_17	VP_18	VP_19	VP_20	VP_21	VP_22	VP_23	Anzahl Angaben insgesamt
Wohnzeit	3 Monate	12 Monate	11 Monate	7 Monate	9 Monate	5 Monate	6 Monate	
Fremdaggressiv	1x	nein	nein	1x	2x	2x	nein	6x
Suizidideen	2x	3x	1x	2x	2x	nein	1x	11x
Suizidversuch	nein	nein	nein	nein	2x (2x Versorgung im Klinikum)	nein	nein	2x Versorgung im Klinikum
Selbstverletzung	3x ¹	10x ¹ 1x ⁶	1x ¹	4x ¹ (2x Versorgung im Klinikum)	5x ³ 3x ¹ (1x Versorgung im Klinikum)	6x ¹	3x ¹	36x
Alkoholmissbrauch	nein	nein	nein	1x	1x	nein	1x	3x
Drogenmissbrauch	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	0

Auffällige Verhaltensweisen = 58

Tabelle 2.2: BWG Verein Kontakt e.V.: Auffälliges Verhalten: Häufigkeit während Wohnzeit in BWG im Zeitraum 08/2004 bis 07/2005

Lfd. Nr. Bewohner	VP_5	VP_8	VP_14	VP_17	VP_18	VP_19	VP_22	Anzahl Angaben insgesamt
Wohnzeit	10 Monate	10 Monate	7 Monate	15 Monate	15 Monate	14 Monate	18 Monate	
Fremdaggressiv	nein	1x	nein	3x	nein	nein	kein	4x
Suizidideen	6x	3x	5x	5x	2x	nein	2x	22x
Suizidversuch	nein	nein	nein	1x	nein	nein	nein	1x
Selbstverletzung	3x ¹ 1x ³ 4x ⁴ 4x ⁶ 1x ⁷ 2x ⁸	2x ¹ 1x ² 1x ⁵ 1x ⁶ 1x ⁷ 1x ⁸ 2x ¹⁰ 1x ¹²	5x ¹ 2x ⁹	1x ¹ 3x ²	2x ¹¹	nein	10x ¹	48x
Alkoholmissbrauch	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	0
Drogenmissbrauch	1x	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1x

Auffällige Verhaltensweisen = 76

Legende: Selbstverletzendes Verhalten

- ⁰¹ = Schneiden, oberflächlich
- ⁰² = Schneiden, tief
- ⁰³ = Selbstverletzung n.n.b.
- ⁰⁴ = Verbrennen
- ⁰⁵ = Verbrühen
- ⁰⁶ = Haut blutig kratzen

- ⁰⁷ = Schlagen, Stoßen
- ⁰⁸ = Reiben, Schürfen
- ⁰⁹ = Schlucken von Gegenständen
- ¹⁰ = Medikamentenmissbrauch
- ¹¹ = Essattacken
- ¹² = Intoxikation

Tabelle 2.3: BWG Verein Kontakt e.V.: Auffälliges Verhalten: Häufigkeit während Wohnzeit in BWG im Zeitraum 08/2005 bis 07/2006

Lfd. Nr. Bewohner	VP_1	VP_4	VP_5	VP_6	VP_8	VP_9	VP_12	VP_13	VP_14	VP_16	VP_22	Anzahl Angaben
Wohnzeit	2 Monate	12 Monate	18 Monate	11 Monate	22 Monate	4 Monate	6 Monate	19 Monate	16 Monate	5 Monate	18 Monate	insgesamt
Fremdaggressiv	2x	nein	nein	nein	1x	nein	nein	1x	nein	1x	nein	5x
Suizidideen	2x	1x	4x	7x	3x	nein	nein	1x	8x	1x	2x	19x
Suizidversuch	1x (Versorgung im Klinikum)	nein	nein	1x	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1x (Versorgung im Klinikum)	3x (2x Versorgung im Klinikum)
Selbstverletzung	nein	1x ¹	2x ¹ 1x ³ 2x ⁶ 1x ⁷ 1x ⁸	3x ¹ 1x ³ 2x ⁴ 1x ⁶	nein	nein	nein	1x ¹ 2x ³	7x ¹ 1x ⁴ 1x ⁵ 1x ⁹	nein	7x ¹	35x
Alkoholmissbrauch	nein	nein	3x	nein	nein	1x	nein	2x	nein	1x	2x	9x
Drogenmissbrauch	nein	nein	3x	nein	nein	nein	nein	2x	nein	1x	nein	6x

Auffällige Verhaltensweisen = 97

Tabelle 2.4: BWG Verein Kontakt e.V.: Auffälliges Verhalten: Häufigkeit während Wohnzeit in BWG im Zeitraum 08/2006 bis 08/2007

Lfd. Nr. Bewohner	VP_1	VP_2	VP_3	VP_4	VP_5	VP_6	VP_7	VP_8	VP_9	VP_10	VP_11	VP_12	VP_13	Anzahl Angaben
Wohnzeit	15 Mon.	8 Mon.	15 Mon.	26 Mon.	18 Mon.	21 Mon.	7 Mon.	34 Mon.	16 Mon.	7 Mon.	3 Mon.	14 Mon.	18 Mon.	insgesamt
Fremdaggressiv	10x	nein	nein	1x	nein	nein	nein	nein	2x	nein	nein	nein	nein	13x
Suizidideen	11x	5x	6x	nein	nein	3x	1x	4x	nein	3x	nein	nein	1x	34x
Suizidversuch	1x	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1x
Selbstverletzung	nein	2x ¹ 1x ³	nein	nein	2x ³	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	1x ³	6x
Alkoholmissbrauch	nein	nein	nein	nein	nein	1x	nein	nein	nein	6x	nein	nein	nein	6x
Drogenmissbrauch	nein	nein	nein	1x	nein	nein	nein	nein	nein	2x	1x	nein	nein	4x

Auffällige Verhaltensweisen = 64

Nach Auffassung der Autoren hat sich, zusammenfassend gesprochen, dieses Projekt „Borderline-WG“ bewährt. Inwieweit die Umsetzung der von Janssen (1994) geforderten Rahmenbedingungen – stabiler Behandlungsrahmen, aktive, beziehungsherstellende Haltung, Containment für das Verhalten des Patienten, Ansprechen des selbstdestruktiven Verhaltens – eine Besserung der Symptomatik und Reduzierung auffälligen Verhaltens i. S. einer Reduktion von agierenden Reinszenierungen bewirkt haben mag, ist theoretisch zu diskutieren und in Erwägung zu ziehen. Möglicherweise ist die zunehmende Gelassenheit der Betreuer in diesem Zusammenhang als allgemeiner psychotherapeutischer Wirkfaktor zu diskutieren. Auffällig war, dass die Gesprächsinhalte mit den Betreuern und die Berichte über deren Beziehung zu den Patienten im letzten Jahr, also im Jahr der Abnahme auffälliger Verhaltensweisen, weniger durch Klagen über Selbstverletzung und Ähnliches gekennzeichnet war, sondern eher klare berufliche Orientierungen, Fragen zur Reintegration in den Arbeitsmarkt, weiteren Versorgung und Lebenssituation nach Entlassung aus der WG im Mittelpunkt standen. Dass sich die Suizidideen nicht reduziert haben, ließe sich auch als größere Ernsthaftigkeit in der Betrachtung der eigenen Lebensgeschichte, evtl. mit einem Anflug von Hoffnungslosigkeit, mit Trauer über das Scheitern in der bisherigen Lebensgeschichte interpretieren. Die Anzahl der Suizidversuche über den geschilderten Zeitraum hinweg hat nicht zugenommen.

Es zeigt sich also, dass auch bei einem derartigen Projekt Borderline-WG Veränderungen eines auffälligen Verhaltens und insbesondere von Verhaltensweisen, die sozial beeinträchtigen, in erwünschter Weise eintreten können und dieses Projekt auch als Erfolg und erwünschtes Ergebnis zu sehen ist.

■ Literatur

- Bohus M, Schmahl C (2007): Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Nervenarzt* 78(9):1069-1081
- Bronisch T (2006): Grundsätzliches zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen. In: Möller H-J (Hrsg.): *Therapie psychischer Erkrankungen*. 3., vollständig überarbeit. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme 1064-1070, insbesondere 1069
- Janssen PL (1994): Zur psychoanalytischen Behandlung der Borderline-Störungen. In: Streck U, Bell K (Hrsg.): *Die Psychoanalyse schwerer psychischer Erkrankungen*. Konzepte – Behandlungsmodelle – Erfahrungen. München: J. Pfeiffer, S. 124-140
- Krücken A, Habel U, Schneider F (2002): Persönlichkeitsstörungen (F60, F61, F62, F68). In: Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg.): *Diagnostik und Therapie psychischer Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 612-640, insbesondere 613
- Lieb K, Zanarini MC, Linehan MM, Schmahl C, Bohus M (2004): Borderline personality disorder. *Lancet* 364:453-461
- Purucker M, Wolfersdorf M, Adler L (2007): Rolle und Situation der Psychotherapie in den bayerischen Fachkliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. *Psychiatr Prax* 34 (Suppl. 1): S 33-S 34
- Rahn E (2006): *Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Verstehen und Behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, Edition Balance
- Rohde-Dachser C (2006): Vom Grenzfall zur Persönlichkeitsdiagnose. In: Böker H (Hrsg.): *Psychoanalyse und Psychiatrie*. Heidelberg: Springer, S. 193-201
- Schaller E, Mader M, Müller M, Hümpfner H, Purucker M, Wolfersdorf M (2007): Borderline-Wohngemeinschaft Bayreuth (BWG). In: Wolfersdorf M, Schüler M, Mauerer CH, Rätzel-Kürzdörfer W (Hrsg.): *Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin am Bezirkskrankenhaus Bayreuth – Ein Jahrbuch*. Regensburg: Roderer, S. 212-224
- Spießl H, Hübner-Liebermann B, Cording C (2007): Stellenwert der Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik. *Psychiatr Prax* 34 (Suppl. 1): S 37-S 38
- Tritt K, Heymann F von, Loew DH, Benker B, Bleichner F, Buchmüller R, Findeiß P, Galluska J, Kalleder W, Lettner F, Michelic B, Pfitzer F, Stadtmüller G, Zaudig M (2003): Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der PSYBADO-BTM. *Psychotherapie* 8:244-251
- Wolfersdorf M (1999): Stationen für Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin an bayerischen Bezirkskrankenhäusern. *Ergebnisse einer Umfrage vom Juli 1998*. *Krankenhauspsychiatrie* 10:66-71
- Wolfersdorf M, Dose M (2004): Psychotherapie-/Psychosomatikbetten in bayerischen Bezirkskrankenhäusern – zum aktuellen Sachstand 2004. *Krankenhauspsychiatrie* 15:161-167
- Wolfersdorf M, Hümpfner H, Müller M, Mader M, Schaller E (im Druck): Borderline-WG Bayreuth. *Erfahrungsbericht und 4-Jahresergebnisse*. Poster beim 6. Forschungskongress Irsee 10. – 12. Okt. 2007. *Nervenheilkunde* 2008 (Suppl.): im Druck
- Wolfersdorf M, Hümpfner H, Müller M, Mader M, Schaller E (2007): Borderline-WG Bayreuth. *Erfahrungsbericht zu einem Projekt Wohngemeinschaft und poststationäre Versorgung von ehemals stationären PatientenInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen*. Poster beim 6. Forschungskongress Irsee 2007 der bayerischen Bezirkskrankenhäuser

■ Korrespondenzadressen

Eva Schaller

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung, Psychiatrische Institutsambulanz/ Depressionszentrum, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, 95445 Bayreuth

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Manfred Wolfersdorf

Facharzt für Psychiatrie – Psychotherapie
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
 Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, 95445 Bayreuth
 Tel.: 0049-(0)921-283-3001, Fax: 0049-(0)921-283-3002
 manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Heike Hümpfner

Dipl.-Soz. Päd., Abteilung Allgemeine Akutpsychiatrie/Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, 95445 Bayreuth