

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Soziale Arbeit und Pflege

Studiengang Sozialpädagogik

Neue Anforderungen an psychiatrische Tageskliniken
aufgrund der Zunahme von Patienten mit der Diagnose
„Persönlichkeitsstörung“

Konzeptionelle Veränderungsvorschläge für Gruppenarbeit,
sozialpädagogische Beratung und Psychoedukation

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:	31.08.2006
Vorgelegt von:	Lina Steinbrink
Betreuender Prüfer:	Herr Prof. Dr. Georg Schürgers
Zweiter Prüfer:	Herr Prof. Dr. Dieter Röh

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Grundlagen und Bezugsrahmen der Arbeit	4
2.1. Begriffsbestimmungen	4
2.1.1. Psychiatrische Tageskliniken in Deutschland	4
2.1.1.1. <i>Therapeutisches Angebot</i>	6
2.1.1.2. <i>Patienten</i>	7
2.1.1.3. <i>Personal</i>	8
2.1.2. Persönlichkeitsstörungen	8
2.1.2.1 <i>Symptomatik und Diagnostik</i>	9
2.1.2.2. <i>Ausgewählte ätiologische Aspekte</i>	12
2.1.2.3. <i>Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf</i>	13
2.2. <i>Diagnosespektrum und konzeptionelle Ausrichtung psychiatrischer Tageskliniken am Beispiel psychiatrischer Tageskliniken in Hamburg</i>.....	14
2.2.1. Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH.....	16
2.2.1.1. <i>Diagnosespektrum</i>	16
2.2.1.2. <i>Konzeptionelle Ausrichtung</i>	17
2.2.2. Psychiatrische Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf	17
2.2.2.1. <i>Diagnosespektrum</i>	18
2.2.2.2. <i>Konzeptionelle Ausrichtung</i>	18
3. Analyse der Gruppenarbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der Kochgruppe in psychiatrischen Tageskliniken	19
3.1. <i>Darstellung zweier Konzepte der Kochgruppe</i>	20
3.1.1. Kochgruppe in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH....	20
3.1.2. Kochgruppe in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf.....	21
3.2. <i>Darstellung der Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Kochgruppe</i>	21
3.2.1. Interaktionsstörung und Agieren	22
3.2.2. Gruppen- und Teamspaltung	23
3.2.3. „Co-Therapeuten-Rolle“	23
3.2.4. Grenzüberschreitung gegenüber anderen Patienten.....	24
3.3. <i>Anforderungen an das Konzept und konzeptioneller Veränderungsvorschlag</i>	25

4. Analyse des Einzelkontakts mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der sozialpädagogischen Beratung in psychiatrischen Tageskliniken	27
4.1. Darstellung zweier Konzepte der sozialpädagogischen Beratung	28
4.1.1. Sozialpädagogische Beratung in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH	29
4.1.2. Sozialpädagogische Beratung in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf	29
4.2. Darstellung der Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der sozialpädagogischen Beratung	30
4.2.2. Grenzüberschreitung gegenüber dem Beratenden	31
4.2.3. Selbstzweifel und Blockaden des Patienten	32
4.2.4. Zweifel des Beratenden am Beratungserfolg mit „schwierigen Patienten“	32
4.3. Anforderungen an das Konzept und konzeptioneller Veränderungsvorschlag	33
5. Entwicklung eines psychoedukativen Gruppenkonzepts für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischen Tageskliniken	35
5.1. Darstellung der Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in einer psychoedukativen Gruppe	37
5.1.1. Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen	37
5.1.2. Persönlichkeitsstörungen unabhängiger Behandlungsanlass	39
5.1.3. Eingeschränkte Veränderungsmotivation der Patienten	40
5.1.4. Verschiedenheit der Persönlichkeitsstörungen	40
5.1.5. Komorbidität mit anderen Erkrankungen	41
5.2. Darstellung möglicher Konzepte für eine psychoedukative Gruppe	42
5.2.1. Konzept der kognitiven Verhaltenstherapie von Schmitz u.a. (2001)	42
5.2.1.1. Grundlagen und Rahmenbedingungen	43
5.2.1.2. Durchführung	44
5.2.2. Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Linehan (1996)	46
5.2.2.1. Grundlagen und Rahmenbedingungen	46
5.2.2.2. Durchführung	48
5.3. Anforderungen an das Konzept und konzeptioneller Vorschlag	50
6. Zusammenfassende Beurteilung der Anforderungen und der konzeptionellen Veränderungsvorschläge	55
7. Schlussbetrachtung	58

7.1. Zusammenfassung.....	58
7.2. Ausblick.....	62
Abkürzungsverzeichnis	V
Literaturverzeichnis	VI
Erklärung über das selbständige Verfassen der Arbeit	XI
Anhang.....	XII

1. Einleitung

Die Aktualität und Relevanz des Themas „Persönlichkeitsstörungen“, auch im Bereich der klinischen Sozialarbeit, zeigt sich derzeit unter anderem in verschiedenen Publikationen in Fachzeitschriften. So ist beispielsweise insbesondere im dritten Heft der Fachzeitschrift „Klinische Sozialarbeit“ im Juli 2006 über die Borderline-Persönlichkeitsstörung geschrieben worden. Im Februar des gleichen Jahres erschien eine Ausgabe mit dem Titelthema „Sind wir nicht alle ein bisschen bluna?“ zur Thematik der Persönlichkeitsstörungen in „Psychologie Heute“. Bereits im Jahr 2003 wurde in „Gehirn und Geist“ eine Serie zum Thema Persönlichkeitsstörungen mit dem Artikel „Abschied vom Psychopathen“ begonnen, um der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Störungen Rechnung zu tragen.

Die Normalität eines Menschen gilt nach neueren wissenschaftlichen Ansätzen als ein Kontinuum, d.h. die Übergänge zu gestörter psychischer Gesundheit sind fließend und beinhalten vielfältige Abstufungen (vgl. Nuber, 2006: 22). Zu unterscheiden sind Persönlichkeitszüge oder Persönlichkeitsstile von Persönlichkeitsstörungen, da jede Eigenart eines Menschen je nach Ausprägung, Stressbelastung, Flexibilität des Menschen oder seinem Lebenskontext als Störung eingestuft werden könnte (vgl. Nuber, 2006: 23, 26). Gerade durch diesen Übergang und das allgegenwärtige Auftreten von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen beim Menschen erscheint das Konzept der Persönlichkeitsstörungen besonders spannend.

Die Begrifflichkeit der Persönlichkeitsstörungen hat sich vor etwa zweieinhalb Jahrzehnten aus der „Psychopathie“ entwickelt, wodurch negative besetzte Wertungen mit der Diagnose einhergehen. Heute bedeutet der Begriff „Persönlichkeitsstörungen“ keineswegs (außer teilweise bei der dissozialen Form), dass betroffene Patienten kriminelles oder antisoziales Verhalten aufweisen, sondern lediglich, dass sie selbst an ihren starren und unangepassten Verhaltensmustern leiden und Schwierigkeiten mit Beziehungen haben (vgl. Gaschler, 2003: 24). Die Übergänge zwischen den einzelnen Störungsbildern sind ebenso fließend wie die zur Normalität und auch Kriterienüberlappungen sind häufig, so dass die meisten betroffenen Patienten mehrere verschiedene Persönlichkeitsstörungen aufweisen.

Demnach besteht hier noch großer Forschungsbedarf, was die Klassifikation und Diagnostik der unterschiedlichen Formen angeht (vgl. Gaschler, 2003: 27). Die besondere Bedeutung der Thematik der Persönlichkeitsstörungen ergibt sich demnach auch aus ihrer begrifflichen Vergangenheit, ihrer fraglichen Abgrenzung untereinander und der zur „gesunden“ Persönlichkeit.

Das die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen untersuchende Feld dieser Arbeit stellt die psychiatrische Versorgung, und insbesondere die psychiatrisch-tagesklinische Behandlung, dar. Die psychiatrische Versorgungslandschaft hat sich in den vergangenen Jahrzehnten immer mehr gewandelt. Was zunächst unter dem Titel „Deinstitutionalisierung“ für die Gewährleistung der gemeindenahen Versorgung der Patienten begann, wurde anschließend durch die gestaffelte Behandlung von stationärer über teilstationäre zur ambulanten Therapie nach dem Motto „ambulant vor stationär“ so ausgeführt, dass es zum deutlichen Abbau der stationären Betten in den psychiatrischen Abteilungen kam (vgl. Junghan, 2004: 55). Diese Entwicklung hat dazu beigetragen, dass sich die Patientenstruktur im teilstationären Bereich stark veränderte. Die Diagnosespektren der psychiatrischen Tageskliniken umfassen heute etwa gleichmäßig schizophrene, affektive und Persönlichkeitsstörungen, wobei die erste Gruppe vor zwei Jahrzehnten noch deutlich überwog und viele Tageskliniken diesbezüglich konzeptionell ausgerichtet wurden (vgl. Diebels u.a., 2004: 19 ff). Die Anzahl der Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ in teilstationärer psychiatrischer Behandlung ist folglich in den letzten zwanzig Jahren angestiegen. Aus dieser Tendenz ergibt sich, tagesklinische Konzepte auf ihre Aktualität und somit insbesondere auf die Effektivität der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu überprüfen und, falls erforderlich, Veränderungsvorschläge zu entwickeln.

Welche konzeptionellen Veränderungsvorschläge sich notwendigerweise aus den neuen Anforderungen an psychiatrische Tageskliniken aufgrund der Zunahme der Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ ergeben, bildet die Problemstellung dieser Arbeit. Ziel der Untersuchung ist es daher, diese Anforderungen an psychiatrische Tageskliniken zu analysieren und die sich daraus ergebenden konzeptionellen Veränderungen aufzuzeigen. Analysiert werden die neuen Anforderungen an das Konzept von Gruppenarbeit am Beispiel der

Kochgruppe, an das Konzept von Einzelkontakt am Beispiel sozialpädagogischer Beratung und an das Konzept eines innovativen psychoedukativen Gruppenangebots. Die ergotherapeutische Gruppenarbeit, der Einzelkontakt der Mitarbeiter mit Patienten sowie die Psychoedukationsgruppen stellen im Rahmen psychiatrisch tagesklinischer Behandlung grundlegende und nahezu unverzichtbare Elemente dar, die aus diesem Grund als drei Untersuchungsgebiete gewählt wurden.

Im Verlauf der Untersuchung werden zunächst Begriffbestimmungen der Gebiete der psychiatrischen Tagesklinik und der Persönlichkeitsstörungen vorgenommen, um diese zu definieren und gegenüber anderen, nicht behandelten Themengebieten klar abzugrenzen. Des Weiteren wird zunächst die generelle Entwicklung des Diagnosespektrums in psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland betrachtet. Daran anknüpfend werden zwei exemplarische Tageskliniken und deren Patientendiagnosenspektren vorgestellt. Diese beispielhafte Darstellung soll der Veranschaulichung und der konkreten Verdeutlichung der untersuchten Institutionsgruppe und ihrer Konzepte dienen, wobei zwei Einrichtungen aus dem Hamburger Raum gewählt wurden.

Die Arbeit ist weiterhin in drei Themenbereiche unterteilt, die sich auf Gruppenarbeit, Einzelkontakt und Psychoedukation mit persönlichkeitsgestörten Patienten beziehen. Die Gruppenarbeit in Tageskliniken wird am Beispiel der Kochgruppe analysiert, da diese regelhaft fester Bestandteil von tagesklinischen Programmen ist. Als Einzelkontaktsituation wird aufgrund der besonderen Relevanz für die Sozialpädagogik die sozialpädagogische Beratung exemplarisch behandelt.

Zunächst werden bei erstem und zweitem Themengebiet die jeweiligen Konzepte der Beispiel-Tageskliniken vorgestellt, im Folgenden werden die für diesen Bereich relevanten Besonderheiten der Patientengruppe mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ aufgezeigt, um abschließend Anforderungen an das Konzept und sich daraus ergebende Veränderungsvorschläge zu entwickeln.

Beim dritten Thema werden zuerst die Besonderheiten der Patientengruppe bezüglich des Themas dargestellt, anschließend werden zwei theoretische Konzepte, die nicht aus der tagesklinischen Praxis stammen, zur Psychoedukation

persönlichkeitsgestörter Patienten vorgestellt, um daraus Anforderungen an das Konzept und einen konzeptionellen Vorschlag zur Ausarbeitung in psychiatrischen Tageskliniken zu erarbeiten.

Im Folgenden werden die Anforderungen an psychiatrische Tageskliniken und die konzeptionellen Veränderungsvorschläge zusammenfassend beurteilt und abschließend betrachtet.

2. Grundlagen und Bezugsrahmen der Arbeit

Die Grundlagen und den Bezugsrahmen dieser Arbeit bilden zum einen die Begriffsbestimmungen der behandelten Thematiken und zum anderen die Rahmenbedingungen und relevanten Daten der untersuchten Institutionen.

2.1. Begriffsbestimmungen

Von besonderer Wichtigkeit sind die konkreten Definitionen der verwendeten Begriffe dieser Arbeit. Die psychiatrischen Tageskliniken unterscheiden sich zum Teil durch ihre verschiedenen internationalen Standorte und durch unterschiedliche Patientenzielgruppen und daraus resultierenden differierenden Konzepten und Personalzusammenstellungen, so dass hier eine Bestimmung und Abgrenzung zu anderen Einrichtungen stattfinden muss.

Mindestens genauso bedeutsam ist die Klärung des Begriffs „Persönlichkeitsstörungen“, der bis heute nicht vollständige Zustimmung in Fachkreisen und der Öffentlichkeit findet. Gründe hierfür, wie auch die Beschreibung von Symptomatik und Diagnostik sollen im Folgenden dargelegt und durch für die Arbeit relevante ätiologische Aspekte ergänzt werden. Des Weiteren wird auf Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der Persönlichkeitsstörungen eingegangen.

2.1.1. Psychiatrische Tageskliniken in Deutschland

In Montreal/ Kanada ist 1946 die erste psychiatrische Tagesklinik eingerichtet worden (vgl. Finzen, 2003: 10) und die erste Tagesklinik in Europa wurde 1947 in London

eröffnet (vgl. Finzen, 1986: 10). In Deutschland folgte die erste Eröffnung im Jahr 1962 an der Frankfurter Universitätsklinik (vgl. Finzen, 2003: 55). In Deutschland gibt es heute weit über dreihundert psychiatrische Tageskliniken (vgl. Engfer, 2005: 89).

Die psychiatrische Tagesklinik ist im Gegensatz zur klassischen geschlossenen Station eine deutlich offene Form der psychiatrischen Versorgung. Die Patienten entscheiden nämlich jeden Tag aufs Neue, ob sie am Angebot teilnehmen und die Tagesklinik aufsuchen oder nicht. Die Tagesklinik stellt somit ein Modell offener psychiatrischer Krankenbehandlung dar (vgl. Finzen, 1986: 9, 12). Psychiatrische Tageskliniken erfüllen eine Brückenfunktion zwischen vollstationärer Akutbehandlung der Patienten und deren Lebenswelt. Sie bieten eine Krankenhausbehandlung von morgens bis abends, die mit dem Alltag der Patienten am Abend und an den Wochenenden verbunden wird (vgl. Engfer, 2005: 70). Der Erhalt der sozialen Bezüge und die Förderung der Beziehungsfähigkeit stellen den großen Vorteil teilstationärer Behandlung dar, wobei diese auch die Gefahr birgt, dass sich Patienten und ihre Angehörigen dieser Form der Therapie nicht gewachsen zeigen (vgl. Böhme, 1991: 11). Der stabile soziale Hintergrund der Patienten ist jedoch oftmals im Zuge der Erkrankungsproblematiken per se nicht gegeben oder bei noch nicht bekannten Patienten kaum zu bewerten, so dass dieses Risiko oftmals in Kauf genommen werden muss (vgl. Bock u.a., 1991: 24). Der Kontakt zu Familie, Bekannten und öffentlichen Institutionen im Wohnfeld bleibt nämlich, sofern er vorhanden ist, bei gleichzeitiger Nutzung eines Therapieprogramms an fünf Tagen die Woche für acht Stunden am Tag, erhalten. Diese Verknüpfung von Lebens- und Behandlungssituation ist spezifisch für psychiatrische Tageskliniken, wobei diese ein umfangreicheres therapeutisches Angebot bieten, als es bei vollstationärer Behandlung der Fall ist. Die teilstationäre Versorgung in einer Tagesklinik wirkt auch einer langfristigen Hospitalisierung entgegen und fördert Selbsthilfepotenzial, Erhaltung sozialer Kontakte und die Reintegration in die Gesellschaft und in Beschäftigung. Die Tagesklinik hat eine Zwischenstellung in mehreren Dimensionen. Zeitlich schafft sie einen Übergang zwischen vollstationärer und ambulanter Versorgung, sachlich verbindet sie auch medizinische mit rehabilitativen Elementen und sozial verknüpft sie individuelle Therapie mit familien- und milieutherapeutischen Maßnahmen (vgl. Engfer, 2005: 93 f).

Die psychiatrische Tagesklinik hat eine besondere Bedeutung aufgrund ihrer Knotenpunktfunktion im psychiatrischen Versorgungssystem, ihrer „In-vivo-Diagnostik“ (Eikermann, 2004 b: 29) und ihrem großen Effekt der therapeutisch eingesetzten Mittel durch die hohe Partizipation aller Beteiligten (vgl. Eikermann, 2004 b: 29).

2.1.1.1. Therapeutisches Angebot

In psychiatrischen Tageskliniken findet man multiprofessionelle Teams, zielorientierte Programme und aktive Gruppenteilnahme der Patienten. Als Rahmen für nahezu alle Aktivitäten wird ein feststehender Wochenplan eingesetzt. Diese Wochenpläne unterscheiden sich für einzelne Patientengruppen, da diese je nach Diagnose zum Teil unterschiedliche Therapiekonzepte erfordern (vgl. Eikermann, 2004 b: 27, Reker, 2004 b: 49).

Die verschiedenen Tageskliniken weisen sehr ähnliche Tagerstrukturierungen und Therapieprogramme auf (vgl. Engfer, 2005: 96, Reker, 2004 b: 49 f). Die Schwerpunkte bilden Aktivierung, Kontaktförderung, psychiatrisch-therapeutische Gespräche, Beratung in sozialen Belangen, Tagesstrukturierung, Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Ergotherapie, Abklärung sozialer Probleme, Krisenintervention und sportliche Aktivitäten. Dem bio-psycho-sozialen Modell entsprechend werden die verschiedenen Formen der Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie angewendet (vgl. Engfer, 2005: 96 f, Diebels u.a., 2004: 22 f).

Psychotherapie umfasst therapeutische Einzelgespräche, psychoedukative Maßnahmen und soziales Kompetenztraining. Die therapeutisch orientierten Gespräche sind vornehmlich supportiv, d.h. sie bilden die unterstützende Begleitung des Patienten in seiner Erkrankung, die sich an Ressourcen und nicht an den Defiziten des Patienten orientiert. Soziotherapeutische Inhalte sind grundlegend ergotherapeutische Angebote, die sich in vielfältigen lebenspraktischen Aktivitäten zeigen, wie auch Angehörigenarbeit. Soziotherapeutische Elemente innerhalb des gruppentherapeutischen Behandlungskonzeptes sollen zur „therapeutischen Gemeinschaft“, d.h. aktive Mitgestaltung des Therapieangebots durch die Patienten und Verstehen und Fördern Einzelner durch Gruppenprozesse, führen (vgl. Engfer, 2005: 102 ff, Finzen, 1986: 87, 149 f, Finzen, 2003: 77). Die Tagesklinik bietet eine

Struktur, die die Patienten zum einen mitgestalten, und die ihnen zum anderen Halt gibt. Der festgelegte Rahmen wird durch das soziale und lebendige Lernen ergänzt, welches sich ohne planbare Elemente zwischen Patienten und Teammitgliedern vollzieht (vgl. Bock u.a., 1991: 18). Freiräume im geregelten Tagesablauf spielen für das Therapieprogramm eine ebenso wichtige Rolle wie einzelne Gruppenangebote, wobei sich die Mitarbeiter immer wieder spontan sowie zielgerichtet in verschiedene Gruppensituationen mit den Patienten einbringen sollen. Tagesklinische Konzepte erfüllen dadurch deutliche sozialpädagogische Funktionen und es entsteht eine Situation lebendigen Lernens (vgl. Finzen, 1986: 150, Finzen, 2003: 77).

2.1.1.2. Patienten

Die Zielgruppen der psychiatrischen Tageskliniken bilden ein breites Feld an unterschiedlichen Patienten. So gibt es beispielsweise Tageskliniken speziell für Suchtkranke, für Ältere oder für Patienten, die von einer spezifischen verhaltenstherapeutischen Behandlung profitieren sollen (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg, 2005: 104 ff). Der Großteil der Tagesklinikangebote richtet sich jedoch an Patienten mit schweren psychischen Störungen, wobei psychotische Erkrankungen die größte Gruppe darstellen (vgl. Engfer, 2005: 92). In den achtziger Jahren waren Tageskliniken vorwiegend auf schizophrene Patienten zugeschnitten, was sich bis heute, unter anderem aufgrund der weniger häufig notwendigen Enthospitalisierung langfristig stationär behandelter Patienten, verändert hat. Heute kann praktisch jede psychische Störung teilstationär behandelt werden, wenn der Patient dies anzunehmen vermag (vgl. Eikermann, 2004 a: 8 f). Eine seit 2002 laufende Bestandsaufnahme psychiatrisch-tagesklinischer Arbeit in Deutschland hat ergeben, dass sich die Anteile der Patienten mit Erst- bzw. Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Form von schizophrenen Erkrankungen, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen angenähert haben und mittlerweile nahezu gleich sind (vgl. Diebels u.a., 2004: 19 ff).

Die Indikation für eine tagesklinische Behandlung besteht, wenn verschiedene klinische Kriterien erfüllt sind. Diese sind Einverständnis und ausreichende Behandlungsmotivation des Patienten, ein Wohnsitz in adäquater Entfernung und eine ausreichende Remission der Symptomatik des Patienten, so dass er in der freien Zeit fähig zum eigenständigen Leben in seinem sozialen Umfeld und zur

Anfahrt in die Tagesklinik ist (vgl. Reker, 2004 a: 13). Die Patienten benötigen demnach keine Akutbehandlung im vollstationären Setting mehr, sind jedoch zur vollständigen sozialen und beruflichen Reintegration noch auf deutliche Unterstützung angewiesen (vgl. Finzen, 2003: 76).

2.1.1.3. Personal

Multiprofessionelle Teams psychiatrischer Tageskliniken sehen zu meist ähnlich aus und bestehen aus Ärzten, Psychologen, Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Bewegungstherapeuten und teilweise Musik-, Tanz- und Kunsttherapeuten sowie Sekretariatskräften. Eine Qualifikationsbedingung für alle Teammitglieder ist die Bereitschaft zur und die Kompetenz der engen Kooperation mit den Angehörigen und den externen Diensten und Einrichtungen (vgl. Engfer, 2005: 98). Die Teammitglieder sind aufgrund der häufigen und engen Kontakte und der zahlreichen gemeinsamen Aktivitäten nicht nur Funktionsträger, sondern auch Rollenvorbilder und müssen daher ständig als Personen präsent sein (vgl. Reker, 2004 b: 50). Die Alltagsprägung ist deutlicher und die Dauer des Zusammenseins von Patienten und Teammitgliedern kann mit acht Stunden länger sein als auf anderen Stationen, so dass es nicht tragbar für beide Parteien wäre, ein durchgängiges therapeutisches Angebot zu schaffen. Für die Mitarbeiter ist es somit weder glaubwürdig noch aushaltbar ausschließlich in der Berufsrolle aufzutreten. Die Beziehungsmuster von Therapeut und „Nachbar“ gehen hier ineinander über (vgl. Bock u.a., 1991: 18).

2.1.2. Persönlichkeitsstörungen

Die Persönlichkeit eines Menschen setzt sich zusammen aus sämtlichen psychischen Eigenschaften und Verhaltensbereitschaften, die die Individualität des einzelnen ausmachen. Aspekte der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und Wollens sowie der interpersonellen Beziehungsgestaltung sind in ihr enthalten (vgl. Saß, Houben, Herpertz, 1999: 1, Herpertz u.a., 2001: 207). Persönlichkeit sowie Persönlichkeitsstörungen ergeben sich aus Wechselwirkungen zwischen genetischer Anlage und biographischen Aspekten. Beide Faktoren bilden eine unauflösbare Verflechtung während der lebenslangen Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen (vgl. Herpertz, Saß, 2003 b: 140 f).

Eine Persönlichkeitsstörung liegt vor, wenn bestimmte Eigenschaften rigide und unangepasst sind und zu persönlichem Leiden und/ oder gestörter sozialer Funktionsfähigkeit führen (vgl. Saß, Houben, Herpetz, 1999: 2). Die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ beschreibt ein andauerndes Verhaltens- und Erlebnismuster, das deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht (vgl. Pschyrembel, 2002: 1284). Da die Definition die Abweichung von einer Norm beinhaltet, ist sie selbst normativ (vgl. Giernalczyk, 1999: 9). Die Übergänge von Normalität, d.h. sozial akzeptiertem Verhalten, zur Störung, also nicht mehr akzeptiertem bzw. störendem Verhalten, sind fließend, so dass die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ zu konflikthaften Diskursen führt (vgl. Fiedler, 2001: 4).

Persönlichkeitsstörungen beschreiben Beziehungs- und Interaktionsstörungen, die in Form von spezifischem Interaktionsverhalten als Lösungsversuche der Betroffenen in bestimmten Situationen eingesetzt werden (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 24, 29). Der Begriff der „Persönlichkeitsstörungen“ ist folglich zudem problematisch, da er die Störung der Person als Ganzes impliziert, was unzutreffend, wenig respektvoll und kaum im Sinne der Patienten erscheint. Dieses Problem bedeutet eine Stigmatisierung der Betroffenen bei gestellter Diagnose. Treffender und wertfreier wäre eine Bezeichnung wie „komplexe Störung der (dispositionellen) Beziehungsgestaltung“, da diese die Beziehungsstörung einer einzelnen Person zu beschreiben vermag und die Perspektive von der einzelnen Person auf das interaktionelle Problem verschiebt (vgl. Ritz-Schulte, 2004: 23 f, Fiedler, 2001: 5 f, 8 f). Doch der Begriff „Persönlichkeitsstörungen“ wird gemäß den Klassifikationssystemen in Praxis und Wissenschaft angewandt, so dass er auch in dieser Arbeit als Zuschreibung für die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ gemäß ICD-10 und DSM IV eingesetzt wird. Des Weiteren wird in dieser Arbeit der Bezug zur ICD-10 verstärkt hergestellt, da dieses Klassifikationssystem im deutschsprachigen und restlichen europäischen Raum bei Forschung und Verschlüsselung der Diagnosen bezüglich der Krankenkassenabrechnungen Verwendung findet.

2.1.2.1 Symptomatik und Diagnostik

Die Definition der Persönlichkeitsstörungen aus der Reihe der „Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ im zugehörigen Quellentext lautet wie folgt:

'[...] „Persönlichkeitsstörungen“ [...] [sind] verschiedene idealtypisch differenzierte und tief verwurzelte Verhaltensmuster [...], die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Diese Verhaltensmuster sind durch charakteristische Eigenheiten im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in der Beziehungsgestaltung gekennzeichnet. Sie sind meist über längere Zeiträume stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und psychischer Funktionen. Häufig weist das betreffende Individuum Leidensdruck und eine gestörte soziale Funktions- und Leistungsfähigkeit auf. Persönlichkeitsstörungen beginnen meist in der Kindheit oder in der Adoleszenz und dauern bis in das Erwachsenenalter an. Sie sind nicht durch andere psychische Störungen oder durch hirnrorganische Beeinträchtigungen bedingt.' (Tress u.a., 2002: 33)

Die wichtigsten störungsübergreifenden Merkmale sind die einseitige Beziehungsgestaltung, gestörte Emotionalität, Realitäts- und Selbstwahrnehmung und Impulskontrolle (vgl. Ritz-Schulte, 2004: 30, Fiedler, 2000: 45 ff).

In der ICD-10 werden Persönlichkeitsstörungen als Ausdruck des spezifischen und einzigartigen Lebensstils eines Menschen, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen aufgefasst. Laut ICD-10-Leitlinien sollten mindestens drei der folgenden sechs Kriterien erfüllt sein, um eine der spezifischen Persönlichkeitsstörungen im Anschluss diagnostizieren zu können. Diese Kriterien sind erstens eine deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in Beziehungen zu anderen, das auffällige Verhaltensmuster ist zweitens andauernd und gleichförmig und drittens tief greifend und in vielen Situationen eindeutig unpassend, der Beginn der Störung ist viertens in Kindheit oder Jugend und die Manifestation auf Dauer erfolgt im Erwachsenenalter. Manchmal erst im späteren Verlauf zeigt sich fünftens deutliches subjektives Leiden durch die Störung und es bestehen sechstens deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit. Außerdem dürfen die Störungsbilder nicht direkt auf andere psychiatrische oder Hirnkrankheiten und -schädigungen zurückzuführen sein (vgl. Fiedler, 2001: 37 f, Bronisch, 2003: 5, Seidler, 1999: 29).

Die beschriebenen Formen von Persönlichkeitsstörungen im ICD-10 sind die paranoide, die schizoide, die dissoziale, die emotional instabile (Borderline- und impulsiver Typus), die histrionische, die ängstliche, die abhängige und die anankastische Persönlichkeitsstörung. Diese spezifischen Persönlichkeitsstörungen

sind unter F60.0 bis F60.7, sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen wie die exzentrische, haltlose, narzisstische, passiv-aggressive, psychoneurotische und unreife Persönlichkeitsstörung unter F60.8, nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen unter F60.9 und kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen unter F61 verzeichnet (vgl. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>).

Die Diagnosestellung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen erfolgt nach dem typologischen Modell, d.h. eine bestimmte Anzahl der polythetischen Kriterien aus dem Katalog der typischen Verhaltensmerkmale für die spezifische Störung muss erfüllt sein, wobei es keine Leitsymptome gibt, sondern lediglich verschiedene Kombinationsmöglichkeiten der Kriterien. Dies ist aufgrund der Komplexität der Störungsbilder von Vorteil, doch unscharfe Abgrenzungen und Überlappungen mit anderen Persönlichkeitsstörungen entstehen ebenfalls (vgl. Saß u.a., 1997: 16, Herpertz, Saß, 2003 b: 144). Die Diagnosekriterien sind zudem vorwiegend deskriptiv und beschreiben Verhaltensmerkmale (vgl. Saß, Jünemann, 2000: 13). Es können mehrere Persönlichkeitsstörungen bei einem Patienten sowie auch Persönlichkeitsstörungen gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen diagnostiziert werden (vgl. Giernalczyk, 1999: 10).

Eine ausführliche biographische Anamnese, fremdanamnestische Erhebungen, strukturierte klinische Interviews, Checklisten und Fragebögen können zur Diagnostik angewandt werden. Erstere bildet hierbei das grundlegende Verfahren und eröffnet dem Untersucher Einblick in Symptompräsentation, Krankheitserleben, -verarbeitung sowie äußere Einflussfaktoren, d.h. psychosoziale und kontextuelle Bedingungen der Störung (vgl. Tress u.a., 2002: 45).

Die Diagnostik stellt bereits einen wichtigen Teil der Therapie dar, falls die Diagnose dem Patienten mitgeteilt und erläutert wird. Durch die Diagnose kann bereits Einsicht und Verständlichkeit seitens des Patienten bezüglich seiner interaktionellen Schwierigkeiten ermöglicht werden (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 19).

2.1.2.2. Ausgewählte ätiologische Aspekte

Es liegen viele einzelne wissenschaftliche Ansätze zur Entstehung der Persönlichkeitsstörungen vor, doch ein übergreifendes Erklärungsmodell ist nicht vorzufinden. Unterschiedlichen Aspekte und Modelle lassen sich wegen der großen Komplexität der Thematik nicht zu einer endgültigen Aussage zusammenführen (vgl. Saß, Jünemann, 2000: 9, Herpertz u.a., 2001: 205). Im Folgenden werden daher einzelne relevante Themen aus psychoanalytischen Konzepten herausgearbeitet, um diesen Abschnitt auf das für die Untersuchung Wesentliche zu beschränken.

Für diese Arbeit als relevant einzustufen sind verschiedene Aspekte der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, da diese für mehrere, im weiteren Verlauf der Arbeit aufgeführte, Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine erklärende Funktion haben.

Die Objektbeziehungstheorie beschreibt die Entstehung von Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus und besagt, dass ein Mensch in der frühen Biographie Erfahrungen macht, die das Selbstbild und die Objektbeziehungen prägen, und dass die somit möglicherweise entstandenen pathologischen Beziehungsmuster in aktuellen Beziehungen von den Betroffenen reinszeniert werden. Konflikte werden nicht intrapsychisch bearbeitet, sondern zum Erhalt des Selbstwert-Gleichgewichtes mit Hilfe anderer Menschen ausgelebt. Die innere Verarbeitung wird somit durch das „Agieren“ ersetzt. Da die Betroffenen nicht über integrierte Bilder von sich selbst und der Welt verfügen, gibt es in ihrem intrapsychischen Repertoire nur einseitige Objekte, die schwarz oder weiß, gut oder böse usw. sind. Dies liegt an der fehlenden Objektkonstanz, die sich im Gefühl von Vertrauen in andere Menschen und die Umwelt zeigt, und die die Patienten aufgrund mangelhafter Beziehungserfahrungen nicht ausreichend ausbilden konnten. Die Folge können die Spaltung der Umwelt in die intrapsychisch vorhandenen Muster sowie mangelnde Selbst- und Fremdwahrnehmungsfähigkeit bezüglich der Affekte, Abhängigkeit von Bezugspersonen bzw. stark erhöhte Trennungsempfindlichkeit und beeinträchtigte Selbststeuerung sein (vgl. Küchenhoff, 2002: 27 f).

Persönlichkeitsstörungen werden in der Psychoanalyse im Allgemeinen als strukturelle Störungen bezeichnet, die durch die Dominanz bestimmter dynamischer

Objektbeziehungsthemen entstehen. Die zentralen Aspekte bilden Problematiken bezüglich Identität und Beziehungen (vgl. Dammann, Buchheim, 2003: 26).

Bei allen Persönlichkeitsstörungen geht es psychodynamisch um die misslungene Integration von Bipolaritäten wie selbst- und objektbezogenen Tendenzen, die aufgrund von ungünstigen biologischen und psychosozialen Faktoren zu unlösbaren Grundkonflikten führt. Einige Persönlichkeitsstörungen stehen mit Selbstidentität, Selbstobjektdifferenzierung, Nähe-Distanz, Angst vor Kontakt und vor Objektlosigkeit in Zusammenhang. Bei anderen stehen die Selbstwertregulation und die Selbstwertigkeit vs. Objektwertigkeit im Vordergrund. Die Merkmale der jeweiligen Persönlichkeitsstörung entstehen demnach durch Aktualisierung und Beibehaltung bestimmter Abwehrformen, die auf die genannten Grundkonflikte und deren Variationen beruhen (vgl. Mentzos, 1997: 34 ff).

2.1.2.3. Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf

Die Prävalenzraten von Persönlichkeitsstörungen in der Bevölkerung liegen bei 3-10%. Bei psychiatrisch behandelten Patienten treten Persönlichkeitsstörungen bei einem Anteil von 40-60% auf. Die Prävalenzraten in der Gruppe der forensisch-psychiatrisch behandelten Patienten betragen sogar bis zu 80% (vgl. Herpertz, Saß, 2003 a: 165). Bei psychiatrisch behandelten Patienten ist die schizoide Persönlichkeitsstörung mit etwa 1,8% Prävalenz die seltenste Form. Die ängstlich-vermeidende und die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind hier mit etwa 15% Prävalenz die häufigsten Typen (vgl. Saß, Jünemann, 2000: 19).

Bei rund 50% der Patienten mit Angststörungen, affektiven Störungen und Essstörungen liegt zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vor (vgl. Schmitz u.a., 2001: 4 f), ebenso bei schizophrenen Erkrankungen und Zwangsstörungen (vgl. Fiedler, 2000: 48). Die Persönlichkeitsstörungen kommen nur zu etwa 6,5 bis 19,3% und je nach spezieller Form ohne eine weitere Persönlichkeitsstörung vor (vgl. Fiedler, 2000: 50 f). Aus diesen vergleichsweise hohen Prävalenz- und Komorbiditätsraten ergibt sich insbesondere die aktuelle Relevanz der Thematik der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und deren Behandlung.

Der Verlauf der Persönlichkeitsstörungen ist regelhaft stabil und die Störung kann ein Leben lang andauern. Mit zunehmendem Alter werden Ausmaß und Schweregrad der Symptomatik in der Regel weniger. Die Verlaufsform hängt von der spezifischen Form der Persönlichkeitsstörung und besonders von deren Schweregrad ab, wobei der psychostrukturelle Reifegrad und das psychische und soziale Funktionsniveau ebenfalls eine Rolle spielen. Etwa ein Drittel der stationär behandelten Patienten weisen einen günstigen, ein Drittel einen partiell günstigen und das weitere Drittel einen eher ungünstigen Verlauf auf. Zur ungünstigen Verlaufsform trägt auch das Auftreten komorbider Erkrankungen wie insbesondere Suchterkrankungen und affektive Störungen bei (vgl. Saß, Herpertz, 1999: 13 f, Herpertz, Saß: 2003 a: 165 f). Persönlichkeitsstörungen sind jedoch trotz der vorherrschenden Stabilität wandelbar und therapeutisch beeinflussbar (vgl. Fiedler, 2001: 405).

2.2. Diagnosespektrum und konzeptionelle Ausrichtung psychiatrischer Tageskliniken am Beispiel psychiatrischer Tageskliniken in Hamburg

Das Diagnosespektrum in psychiatrischen Tageskliniken hat sich aufgrund verschiedener Entwicklungen in den vergangenen Jahren verändert. Zunächst hat sich die Verweildauer in den vollstationären psychiatrischen Abteilungen der Hamburger Krankenhäuser seit 1996 von Jahr zu Jahr immer weiter verkürzt (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg, 2006: 29), wobei die Fallzahlen der behandelten Patienten im gleichen Zeitraum jedes Jahr anstiegen (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg, 2006: 23). Die Anzahl der entlassenen vollstationären Patienten mit der Diagnose „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (ICD-10: F60) hat sich jedoch im Zeitraum von 2000 bis 2003 kaum verändert. Ein deutlicher Anstieg ist hingegen bei der Diagnose „Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen“ (ICD10: F61) im gleichen Zeitraum zu beobachten (Auskunft vom 16.02.2006 durch das Statistische Bundesamt, Wiesbaden). Daraus folgt eine zunehmende Verschiebung der Patienten aus dem vollstationären Bereich in die Tageskliniken, wobei insbesondere die schizophren erkrankten Patienten auch durch komplementäre Angebote versorgt werden. Es kommt zur vermehrten teilstationären Behandlung der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, da diese Gruppen regelhaft weniger effektiv durch außerklinische Hilfen versorgt werden können. Diese Entwicklung wurde von

sämtlichen Tagesklinikmitarbeitern, die am Jahrestreffen der Hamburger Tageskliniken, der Tagesklinik-Konferenz am 09.02.2006 in Hamburg-Harburg, teilnahmen, bestätigt (Auskunft vom 21.02.2006 durch Herrn Rudolf Simon, Geschäftsführer und Diplom-Sozialpädagoge der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH). Der Anteil der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischen Tageskliniken liegt laut Untersuchungen bei etwa 18% und hat die Anteile der Patienten mit schizophrenen und affektiven Störungen somit „eingeholt“ (vgl. Engfer, 2005: 229, Diebels u.a., 2004: 19 ff).

Tagesklinischen Behandlungszeiten haben sich in den vergangenen zehn Jahren ebenfalls verkürzt, da der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenkassen aufgrund des verstärkten ökonomischen Drucks die Dauer der Tagesklinikaufenthalte im Einzelfall auf ihre Plausibilität restriktiver prüft (vgl. Engfer, 2005: 224). Der Patientendurchlauf erhöht sich und die Tendenz zur vermehrten Aufnahme von Patienten mit weniger schweren Störungen, wie auch Persönlichkeitsstörungen, welche zumeist leichtere Störungen als beispielsweise die schizophrenen Erkrankungen darstellen, ist daher zu beobachten (vgl. Engfer, 2005: 229). Die Patientenzahlen der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH und der Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf haben sich dementsprechend im Vergleich von 2003 zu 2004 erhöht, wobei sich die Verweildauer verkürzt hat (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg, 2006: 85). Diese Entwicklungen tragen ebenfalls zur Häufung der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ in psychiatrischen Tageskliniken bei.

In Hamburg haben fünfzehn psychiatrische Tageskliniken ihren Standort (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg, 2005: 104 ff). Für diese Untersuchung werden zwei von ihnen im Folgenden exemplarisch betrachtet. Zum einen die Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH, die eine eigenständige und privat geführte Einrichtung ohne den vollstationären Hintergrund eines Großkrankenhauses darstellt, und zum anderen die psychiatrische Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf, die eine Station der „Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie“ des Universitätskrankenhauses bildet und demnach durch eine Vielzahl von vollstationären und ambulanten psychiatrischen Angeboten sowie einer weiteren Tagesklinik mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung ergänzt wird.

2.2.1. Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH

Die Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH wurde im Dezember 1996 gegründet. Sie befindet sich in Hamburg-St.Pauli und verfügt über 22 Behandlungsplätze. Der Versorgungsauftrag beinhaltet vorrangig die psychiatrisch-tagesklinische Behandlung der Patienten, die im Bezirk Hamburg-Mitte wohnen, wobei auch Patienten von außerhalb aufgenommen werden können, wenn diese dies wünschen. Die Patienten weisen verschiedene psychische Erkrankungen auf. Das Angebot richtet sich vor allem an Menschen mit Psychosen, insbesondere aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Nicht behandelt werden können vordergründige Suchterkrankungen, gerontopsychiatrische Erkrankungen mit Verwirrheitszuständen und akute, nicht absprachefähige Suizidalität.

Das Team der Tagesklinik besteht aus einem leitenden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, einem Arzt in fachärztlicher Weiterbildung, einer Diplom-Psychologin, zwei Diplom-Sozialpädagogen, wovon der eine ebenfalls Gestalttherapeut und Supervisor ist, und der andere sich in einer systemischen Zusatzausbildung befindet, einer Krankenschwester, einem Krankenpfleger, einer Ergotherapeutin, einer Verwaltungskraft, mehreren Honorarkräften und Praktikanten. Die Geschäftsführung wird von einem Diplom-Sozialpädagogen, der auch in der Tagesklinik tätig ist, und einer Diplom-Psychologin wahrgenommen (Auskunft vom 21.02.2006 durch Herrn Rudolf Simon, Verwaltungsleiter und Geschäftsführer der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH).

2.2.1.1. Diagnosespektrum

Im Zeitraum von 2002 bis 2005 hat die Zahl der Patienten mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 F60 und F61 in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH von Jahr zu Jahr zugenommen. Im Jahr 2002 wurden acht, 2003 neun, 2004 zehn und 2005 dreizehn Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ behandelt. Die konstante Zunahme dieser Patientengruppe ist bedeutsam, da der Patientendurchlauf in der betrachteten Tagesklinik insgesamt nicht regelmäßig zugenommen hat. Die Anzahl der behandelten Patienten ist lediglich von 97 in 2004 auf 113 in 2005 deutlich angestiegen, zuvor ist dagegen ein Rückgang von 107 in 2002 auf 95 Patienten in 2003 festzustellen (Auskunft vom 01.08.2006 in Form von

Diagnosestatistiken durch Frau Stefanie Albrecht, Verwaltungskraft der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH). Die Auswertung der Diagnosestatistik der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH ergibt demnach eine Zunahme der Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ in den Jahren 2002 bis 2005.

2.2.1.2. Konzeptionelle Ausrichtung

Das Konzept der psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH ist sozialpsychiatrisch orientiert, wobei die Patienten wohnortnah versorgt werden. Die Tagesklinik stellt auch eine Brückenfunktion zwischen vollstationärem Aufenthalt und Leben im eigenen Wohnraum dar. Die eventuelle ambulante Weiterversorgung nach einem teilstationären Aufenthalt in der Klinik ist seit 2002 in der zugehörigen Institutsambulanz möglich.

Die Teambesprechungen finden jeden morgen von acht bis etwa acht Uhr dreißig und zweimal wöchentlich mittags von dreizehn bis vierzehn Uhr statt, wobei alle Mitarbeiter und Praktikanten teilnehmen. Die Supervision wird für alle Mitarbeiter, Praktikanten und ebenfalls für die Geschäftsführung bzw. Verwaltungsleitung, da diese auch in der Tagesklinik tätig ist, alle drei Wochen angeboten.

Die Psychiatrische Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH bietet Einzelgespräche, Gruppengespräche, Verhaltenstraining, Ergotherapie, Psychoedukation, sozialarbeiterische Information und Unterstützung, soziales Kompetenztraining, Außenaktivitäten, Bewegungs- und Entspannungsgruppen sowie Koch- und Singgruppen an. (Auskunft vom 21.02.2006 durch Herrn Rudolf Simon, Geschäftsführer und Diplom-Sozialpädagoge der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH). Der Wochenplan der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH ist im Anhang vorzufinden.

2.2.2. Psychiatrische Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf

Die psychiatrische Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf gehört seit Anfang der siebziger Jahre zum psychiatrischen Behandlungsangebot des UKE und befindet sich in Hamburg-Eppendorf auf dem Klinikgelände. Die Tagesklinik verfügt über zwanzig Behandlungsplätze, wobei sich das Angebot an Patienten richtet, die

psychische Störungen außer vordergründige Suchtproblematiken oder Demenz aufweisen. Bei Angst- und Zwangserkrankungen ist eine Behandlung in der verhaltenstherapeutischen Tagesklinik des UKE medizinisch indiziert, so dass diese Patientengruppe meist dort behandelt wird.

Das Team dieser Tagesklinik besteht aus zwei Krankenschwestern, eine davon ist zusätzlich Kunsttherapeutin, einem Krankenpfleger, der auch Gestalttherapeut ist, einer Ergotherapeutin, einer Diplom-Pädagogin mit einer Zusatzausbildung in Psychodrama, einem Diplom-Psychologen, einer Berufspraktikantin für Sozialpädagogik, die zurzeit die Diplom-Sozialpädagogin vertritt, einem Stationsarzt und einem Oberarzt sowie verschiedenen Praktikanten (Auskunft vom 14.07.2006 durch Frau Marion Keppner, Berufspraktikantin für Sozialpädagogik der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf).

2.2.2.1. Diagnosespektrum

Eine Statistik über die Patientendiagnosen liegt in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf nicht vor und kann daher nicht zur Untersuchung herangezogen werden. Die allgemeine Zunahme der Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ wird jedoch von den Mitarbeitern festgestellt (Auskunft vom 14.07.2006 durch Frau Marion Keppner, Berufspraktikantin für Sozialpädagogik der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf).

2.2.2.2. Konzeptionelle Ausrichtung

Das Konzept der psychiatrischen Tagesklinik des UKE ist ebenfalls sozialpsychiatrisch und eine wohnortnahe Behandlung wird angestrebt. Auch diese Tagesklinik stellt eine Brückenfunktion zwischen vollstationärem Aufenthalt und Leben im eigenen Wohnraum dar, wobei die vollstationäre Behandlung ebenfalls auf psychiatrischen Stationen des UKE stattfinden kann. Auch psychiatrische ambulante Angebote zur Weiterbehandlung sind UKE ansässig.

Teambesprechungen gibt es dreimal pro Woche, und zwar montags für eine Stunde und donnerstags jeweils morgens und mittags für je eine Stunde. Zusätzlich findet jeden Morgen eine kurze Teambesprechung von einer Viertelstunde statt. Eine

direkte Übergabe der Gruppen findet nicht statt, aber besondere Vorkommnisse werden im Team besprochen. An der Supervision, die im sechswöchigen Rhythmus stattfindet, nimmt nur das Stammteam teil, d.h. die verschiedenen Praktikanten haben keine Möglichkeit, an Supervisionen teilzunehmen.

Die psychiatrische Tagesklinik des UKE bietet Einzelgespräche, Gruppengespräche, soziales Kompetenztraining, Ergotherapie, Kunsttherapie, Psychoedukation, sozialarbeiterische Information und Unterstützung, kognitives Training, Bewegungs- und Entspannungsgruppen sowie eine Kochgruppe an (Auskunft vom 14.07.2006 durch Frau Marion Keppner, Berufspraktikantin für Sozialpädagogik der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf). Der Wochenplan dieser Tagesklinik ist ebenfalls dem Anhang zu entnehmen.

Die vorliegende Arbeit wird im Folgenden die Kochgruppe und die sozialpädagogische Beratung der Beispiel-Tageskliniken untersuchen und ein mögliches psychoedukatives Gruppenangebot für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischen Tageskliniken vorschlagen.

3. Analyse der Gruppenarbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der Kochgruppe in psychiatrischen Tageskliniken

Die Kochgruppen gehören unter anderem zum ergotherapeutischen Standardprogramm in psychiatrischen Tageskliniken, das verschiedene alltagspraktische Aktivitäten beinhaltet. Diese Aktivitäten haben zum einen die therapeutische Funktion des Erlernens und Trainierens bestimmter Fertigkeiten und zum anderen werden die Patienten aktiviert und in soziale Kontakte und Kommunikation gebracht. Hier zeigt sich insbesondere das soziale Lernfeld, das das aktivierende Milieu der tagesklinischen Behandlung ausmacht (vgl. Reker, 2004: 50 f, Engfer, 2005: 103 f). Die Gruppenarbeit bildet dabei einen Raum, in dem die Patienten sich gegenseitig ihre Schwierigkeiten und Lösungsansätze vermitteln (vgl. Finzen, 1986: 19, Finzen, 2003: 77). Die Tagesklinik funktioniert durch den strukturierenden Rahmen und das soziale Lernfeld insgesamt als ein „soziales

Gefüge“ (vgl. Bock u.a., 1991: 21). Die Gruppen werden in Teamsitzungen nachbesprochen, um Klarheit, Informationen und Austausch für alle Teammitglieder zu gewährleisten (vgl. Finzen, 1986: 66).

3.1. Darstellung zweier Konzepte der Kochgruppe

Um die Konzepte der Kochgruppe in psychiatrischen Tageskliniken zu analysieren, werden zunächst die Gruppenkonzepte der exemplarisch aufgeführten Tageskliniken in Hamburg dargestellt.

3.1.1. Kochgruppe in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH

Das Konzept der Kochgruppe in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH beinhaltet zwei Gruppentermine, die jeweils für die A- und B-Gruppe angeboten werden, so dass jeder Patient einmal wöchentlich an der Kochgruppe teilnimmt (siehe Wochenplan im Anhang). Die Kochgruppe findet demnach am Montag- und Freitagvormittag statt und beginnt um zehn Uhr. Die Gruppenleitung wird von der Krankenschwester bzw. vom Krankenpfleger wahrgenommen, wobei Praktikanten teilweise ebenfalls teilnehmen. Die Gruppenleitung eröffnet die Gruppe und fragt zunächst nach Vorschlägen für ein Gericht, das für alle Patienten am Mittag fertig gestellt werden soll. Die Kochgruppe versorgt demnach alle Patienten und ggf. auch einige Mitarbeiter, falls diese am Mittagessen teilnehmen möchten und ausreichend Essen vorhanden ist, mit einer Malzeit. Die Gruppenmitglieder können nun Vorschläge einbringen, die ein freiwilliger Teilnehmer schriftlich festhält. Sind alle Vorschläge gehört, werden sie vom Schriftführer vorgetragen und es wird abgestimmt, welches Gericht zubereitet wird. Nach der Abstimmung wird gemeinsam eine Einkaufsliste erstellt und ein Einkaufsteam gebildet. Dieses geht in einen nahe gelegenen Supermarkt, um dort alle fehlenden Zutaten zu besorgen. Die restlichen Gruppenteilnehmer beginnen mit allen Aufgaben, die schon erledigt werden können wie Zwiebeln schneiden, Töpfe und Schalen bereitstellen, Tisch decken usw. Ist der Einkauf im Haus, wird gemeinsam geschnitten, gerührt, gekocht, gewürzt und letztendlich um zwölf Uhr aufgetischt. Dieser Prozess der Essenszubereitung vollzieht sich zwar im Beisein und, falls erforderlich, unter Anleitung des Gruppenleiters und ggf. des Praktikanten, doch die Patienten sind größtenteils bei

der Abstimmung und Einteilung ihrer Arbeitsschritte untereinander auf sich selbst gestellt. Die Gruppe wird in Teamsitzungen kurz nachbesprochen und besondere Schwierigkeiten werden ggf. besprochen und reflektiert (Auskunft vom 21.02.2006 durch Rudolf Simon, Geschäftsführer und Diplom-Sozialpädagoge der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH).

3.1.2. Kochgruppe in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf

Die Kochgruppe in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf findet einmal wöchentlich am Freitag um neun Uhr fünfzehn statt (siehe Wochenplan im Anhang). Die Teilnahme ist den Patienten freigestellt und wird am Mittwoch der Woche zuvor in der Vollversammlung festgelegt. Ein oder zwei Patienten bilden dabei die Hauptverantwortlichen, die das Rezept auswählen und eine Liste mit Zutaten erstellen. Die Ergotherapeutin bestellt mit diesen Patienten die Lebensmittel aus der Großküche der Klinik, so dass ein Einkauf nicht nötig ist. Am Freitag in der Kochgruppe bereiten die hauptverantwortlichen Patienten mit drei bis fünf anderen Patienten, die sich gemeldet haben, das Essen zu, so dass es möglichst um zwölf Uhr dreißig fertig ist. Dem Rezept folgend wird geklärt, was auf welche Weise zubereitet wird, und es wird eingeteilt, wer welche dieser Arbeiten erledigt. Die Hauptverantwortlichen sind hier stärker in den Prozess eingebunden, wobei sie meist von der Ergotherapeutin oder einem Praktikanten begleitet werden. Teilweise findet die Kochgruppe demnach ohne jede Anleitung eines Mitarbeiters oder Praktikanten statt. Eine reguläre Übergabe und Nachbesprechung der Gruppe finden nicht statt, doch Besonderheiten werden im Team besprochen (Auskunft vom 23.02.2006 durch Marion Keppner, Berufspraktikantin für Sozialpädagogik der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf).

3.2. Darstellung der Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der Kochgruppe

Für die Analyse der Gruppenarbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist es zunächst erforderlich, die Besonderheiten dieser Patienten in einer Gruppensituation, wie beispielsweise der Kochgruppe, darzustellen.

3.2.1. Interaktionsstörung und Agieren

Die komplexe Störung des Interaktionsverhaltens ist die bedeutsamste Besonderheit, die auf unterschiedlichste Art bei allen Formen von Persönlichkeitsstörungen auftritt. Diese Interaktionsstörung zeigt sich im privaten Bereich in Beziehungen zu Freunden und Familie, aber ebenso im beruflichen Bereich. Dieser ist mit den Anforderungen eines Gruppenangebots wie der Kochgruppe vergleichbar, da hier die Art, wie die Patienten Aufgaben ausführen, Entscheidungen fällen, auf Kritik reagieren, Regeln befolgen und mit anderen zusammenarbeiten, wesentlich für ein erfolgreiches Miteinander und ein Ergebnis ist (vgl. Fiedler, 2000: 45 f).

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen können in Nähe- und Distanz-Störungen eingeteilt werden. Erstere sind vor allem die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die Nähe eingehen und über Nähe Einfluss ausüben. Distanz-Störungen sind insbesondere die paranoide und die schizoide Form, die deutlich auf Distanz gehen und Abstand zu anderen halten (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 29).

Die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen agieren, d.h. sie tragen ihre psychischen Probleme nach außen und leben diese in der Interaktion aus (vgl. Küchenhoff, 2002: 28, Sachse, 2004: 12). Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben beispielsweise zusätzlich eine tief greifend gestörte Emotionsregulierung und eine geringe Affekttoleranz. Bei dissozialer Persönlichkeitsstörung sind geringe Frustrationstoleranz, Impulsivität und auffällige Selbstbezogenheit zu beobachten. Die Patienten mit ängstlicher Persönlichkeitsstörung hingegen weisen eine grundlegende Unsicherheit in Interaktionen, Angst vor Kritik und Ablehnung und daher aktive Bemühung um Vermeidung auf. Die Interaktion der Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung ist geprägt von einem übertrieben großartigen und überlegenen Selbstbild, mit dem die Betroffenen ihr instabiles Selbstwertgefühl zu kompensieren versuchen. Fehlende Empathie, soziales Unbehagen, Kritikunfähigkeit, extreme Kränkbarkeit und Schüchternheit sind weitere Merkmale dieser Störung im interpersonellen Bereich (vgl. Fiedler, 2000: 160 ff, 181, 219 f, 257).

Die Interaktionsstörung und das Agieren stellen folglich eine sehr vielseitige Art der Beziehungsgestaltung dar, die im Gruppenangebot deutlich sichtbar und spürbar wird, so dass diesen speziellen Merkmalen und ihren Folgen bei der konzeptionellen Ausrichtung der Kochgruppe besondere Bedeutung zukommen muss.

3.2.2. Gruppen- und Teamspaltung

Das interaktionelle Phänomen der Spaltung tritt vorwiegend bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf, ist jedoch aufgrund der Häufigkeit dieser Störung mit 15% Prävalenz in der Psychiatrie ein bedeutsames Merkmal für Gruppensituationen (vgl. Saß, Jünemann, 2000: 19). Wie oben bereits angeführt, beinhaltet die Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung die aktive Spaltung bzw. Einordnung von Personen in gegensätzliche, also positive und negative Qualitäten (vgl. Küchenhoff, 2002: 27 f).

Dies hat für die Kochgruppe zur Folge, dass möglicherweise einige Mitpatienten und auch die Gruppenleitung sowie andere Mitarbeiter durch den Betroffenen in gute und in böse Repräsentanzen eingeteilt werden. Beispielweise wird die Gruppenleitung durch ihre Interventionen, die vom Patienten als negativ eingestuft werden, abgewertet und anderen Mitarbeitern wird positiv begegnet, so dass Kontroversen in Teamgesprächen über den Patienten entstehen können. Gruppendynamisch entstehen somit Konflikte zwischen allen Beteiligten, wenn diese sich „mitreißen“ lassen. Für die gemeinsame Aktion des Kochens ist diese Tendenz hinderlich und sie verhindert ggf. das Mitwirken einiger Teilnehmer und birgt Auseinandersetzungen, die über das Gruppenangebot hinaus getragen werden und dem Verhältnis zwischen Patienten untereinander, Patienten und Mitarbeitern sowie zwischen verschiedenen Mitarbeitern schaden. Dies gilt es durch entsprechende Konzeptionierung zu verhindern.

3.2.3. „Co-Therapeuten-Rolle“

Einige Formen wie die schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörung können als Distanzstörungen, andere wie die histrionische, Borderline- oder narzisstische Persönlichkeitsstörung als Nähestörungen betrachtet werden. Erstere weisen starke Distanzierung von anderen und Rückzugstendenzen auf, letztere interagieren über

Nähe. Wieder andere Formen wie die ängstliche, abhängige und anankastische Persönlichkeitsstörung weisen insbesondere selbstunsichere Interaktionsstile auf (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 29, 32 f). Aus diesen verschiedenen Verhaltenstendenzen ergibt sich die Dominanz der Patienten mit so genannten Nähestörungen in einer Gruppe, da diese über Nähe agieren und sich selbst extrovertiert einbringen. Die Patienten, die zur Distanzierung neigen, werden durch diese aktive Interaktionsform in ihrem Rückzug bestärkt, da sich der Raum für eigene Aktivität verringert. Ebenso werden selbstunsichere Patienten dem Verhalten und den Vorstellungen der dominanten Gruppenteilnehmer entsprechen ohne eigene Wünsche und Bedürfnisse einzubringen, und zwar als logische Konsequenz ihrer Unsicherheit.

Patienten mit Borderline-, histrionischer oder narzisstischer Persönlichkeitsstörung übernehmen möglicherweise die Rolle der „Co-Therapeuten“ indem sie über Abläufe, Arbeitsteilung und Zubereitungsweise in der Kochgruppe entscheiden. Diese Entwicklung ist naturgemäß wenig sinnvoll für Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen und schizophrenen Erkrankungen, die ebenfalls am tagesklinischen Programm teilnehmen, welches möglichst aktivierend sein soll, so dass es hier der Abhilfe in Form von gezielten therapeutischen Eingriffen und Rahmenbedingungen bedarf.

3.2.4. Grenzüberschreitung gegenüber anderen Patienten

Bei allen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, besteht im zwischenmenschlichen Bereich eine problematische Ausbalancierung von Nähe und Distanz. Die Betroffenen verfügen oftmals über eine unzureichende Grenzsetzung, welche die Vermeidung und/ oder Lösung von Konflikten behindert. Der Interaktionspartner der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen muss demnach besonders auf eigene Grenzen, Bedürfnisse und Ansprüche achten, um sich im schwankenden Nähe-Distanz-Verhalten des Gegenübers nicht zu verlieren (vgl. Schäfer, Sachsse, 2006: 7 ff).

Für die Kochgruppe bedeutet dies, dass die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sowie deren Interaktionspartner, d.h. die Gruppenleitung und die übrigen Patienten,

vordringlich auf ihre Grenzsetzung achten müssen, damit ein konfliktfreies bzw. konfliktfähiges Gruppengeschehen möglich wird.

3.3. Anforderungen an das Konzept und konzeptioneller Veränderungsvorschlag

Patienten sollten in ihren jeweiligen Fähigkeiten bestärkt werden, so dass es nicht zu Über- oder Unterforderung einzelner Gruppenteilnehmer kommt. Das bedeutet bei persönlichkeitsgestörten Patienten, dass diese je nach Interaktionsverhalten entsprechende Funktionen in der Gruppe wahrnehmen sollten. Beispielsweise wird ein Patient mit histrionischer Persönlichkeitsstörung einer kreativen und gemeinschaftlichen Aktivität, die jedoch durch die Aufgabengebiete der übrigen klar begrenzt wird, am besten gerecht. Ein schizoider Patient dagegen wird mit einer Aufgabe mit weniger Austausch- und Absprachebedarf besser zurechtkommen. Extreme Unsicherheiten einiger Patienten können durch klar strukturierte Aufgaben mit wenig Differenzierungsmöglichkeit überwunden werden, so dass diese Teilnehmer ebenfalls aktiv am Prozess beteiligt sind, ohne durch zuviel Spielraum und Eigenverantwortung überfordert zu werden. Diese groben Strukturvorschläge lassen sich innerhalb des Konzepts je nach Tagesform und Entwicklungsstand der Patienten variieren und anpassen.

Innere Konflikte der Patienten, die nach außen getragen werden, müssen direkt bearbeitet werden, um die Gruppe zu entlasten. Das bedeutet, dass die Gruppenleitung hier ein besonderes Augenmerk auf sich anbahnende Auseinandersetzungen hat und ggf. Lösungsvorschläge anbietet. Bei Konflikten, die sich nicht kurzfristig in der Gruppe lösen lassen, klärt die Gruppenleitung im Gespräch außerhalb der Gruppe mit allen wesentlich Beteiligten den Konflikt. Eine weitere Klärung im therapeutischen Einzelgespräch ist möglicherweise zusätzlich indiziert, wenn es sich um intrapsychische Konflikte des Patienten handelt, die bisher nicht besprochen wurden. Die Einleitung solcher Themen im Einzelgespräch kann der Therapeut nur vornehmen, falls die Gruppenleitung ihn darauf hinweist. Demnach ist hier insbesondere eine ausführliche Übergabe der Gruppenkonflikte an das Team erforderlich.

Die etwaige Spaltung der Gruppe durch agierende Patienten kann durch integrierende Interventionen der Gruppenleitung unterbunden werden. Diese muss folglich die Gruppenaktivität unterstreichen und bei Konflikten zwischen den Teilnehmern zur Lösung beitragen. Falls dies nicht innerhalb der Gruppe möglich ist, werden Gespräche außerhalb mit betroffenen Patienten notwendig. Des Weiteren bedarf es auch hier der Teamsitzungen und Supervision, um Spaltungstendenzen zu erkennen und zu bearbeiten.

Die Rollen und Aufgaben in der Kochgruppe müssen klar aufgeteilt werden, wobei jeder für seinen Bereich verantwortlich ist und sich nicht in den der anderen einmischt. Vorschläge dürfen gemacht werden, jedoch gilt die Regel, dass jeder letztendlich über seinen Arbeitsbereich selbst entscheidet. Die Arbeitsbereiche sollten bereits nach der Rezeptauswahl und vor einem etwaigen Einkauf festgelegt werden, wobei die Gruppenleitung auf eine adäquate und sinnige Verteilung achtet und notfalls auf eigene Einteilungen bestehen muss. Der Rolle der Gruppenleitung kommt hier besondere Bedeutung zu, da diese sich als alleinige therapeutische und lenkende Kraft behaupten muss und Patienten die „Co-Therapeuten-Rolle“ nicht überlassen darf.

Die Grenzsetzung kann in der Kochgruppe effektiv geübt werden, wobei die Gruppenleitung auf diese achten muss und Patienten im Wahrnehmen und Durchsetzen ihrer Grenzen unterstützen sollte. Dies ist möglich durch erneutes Hinweisen auf die Arbeitsteilung, Unterstützung bei der Umsetzung eigener Vorstellungen und Zurückweisen der Patienten, die die Grenzen der anderen nicht einhalten.

Bei diesen Vorschlägen wird außerdem deutlich, dass eine präsente Gruppenleitung dringend erforderlich ist, um allen Patienten gerecht zu werden. Da je nach Patientenzusammenstellung unterschiedlich schwerwiegende und häufige Konflikte in der Gruppe möglich sind, ist sogar eine Leitung zu zweit sinnvoll, um allen Anforderungen, wie ggf. zeitweiligen Einzelgesprächen, nachkommen zu können. Eine Leitung durch einen Mitarbeiter gemeinsam mit einem Praktikanten ist eine mögliche Lösung, die die Knappheit der Mitarbeiterressourcen berücksichtigt. Außerdem ergibt sich die Notwendigkeit der Teambesprechungen, in denen über die

Gruppenereignisse berichtet wird und individuelle Probleme der einzelnen Patienten ihren Raum finden. Auch Supervisionen tragen dazu bei, den Interaktionseigenheiten und psychodynamischen Hintergründen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen reflektiert und kontrolliert zu begegnen.

4. Analyse des Einzelkontakts mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am Beispiel der sozialpädagogischen Beratung in psychiatrischen Tageskliniken

Die Thematik des Einzelkontakts in psychiatrischen Tageskliniken wird im Folgenden durch die sozialpädagogische Beratung exemplarisch dargestellt und analysiert.

Sozialpädagogische Beratung weist Merkmale wie Professionalität, Erreichbarkeit, Uneigennützigkeit, Nichtverstrickung und Vermittlungsmöglichkeiten bezüglich weiterer Hilfestellen auf und findet auf drei Ebenen, der des Inhalts, der Beziehung und der Empathie, statt. Die Voraussetzungen der Beratung sind eine vertrauensvolle Beziehung, Einverständnis über umsetzbare Ziele und die Verantwortung des Beraters für den Prozess, nicht aber für die Lösung von Problemen (vgl. Belardi u.a., 2001: 37, 45, 52, 55).

Die Einzelberatung bezieht sich auf die individuellen Probleme, Rahmenbedingungen und Bewältigungsprozesse der Ratsuchenden, so dass deren Subjektivität den Fokus der Beratung darstellt. Das beinhaltet den Versuch, die individuelle Perspektive des Ratsuchenden zu verstehen. Bei dieser intensiven Problembehandlungsform kommt der Interaktion und Kommunikation zwischen Berater und Ratsuchendem eine große Bedeutung zu. Die ungeteilte Zuwendung und Teilnahmebereitschaft des Beraters sind relevante Wirkmechanismen der Beratung, wobei die Entwicklung einer starken emotionalen Bindung des Ratsuchenden zum Berater möglich ist. Dieser muss deshalb eine hohe „Beziehungskompetenz“ und Sensibilität aufbringen, um den Umgang mit der Beratungsbeziehung adäquat zu bewältigen (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann, 2002: 95 ff). Der Beratungsbeziehung kommt insgesamt die höchste Bedeutung im

Beratungsprozess zu, da sie einen entscheidenden Wirkfaktor für den Beratungserfolg darstellt (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann, 2002: 129).

Der Sozialdienst in psychiatrischen Kliniken bietet regelhaft sozialpädagogische Beratung an und stellt eine Brückenfunktion zwischen Alltag des Patienten und internem Klinikgeschehen dar. Die Beratung umfasst hier die Abklärung der sozialen Situation des Patienten (Benachrichtigung von Angehörigen, Arbeitgeber, Klärung bzgl. Miete, Schulden, Einkommen usw.) und folglich bei Bedarf die Einleitung existenzsichernder Maßnahmen sowie die Vermittlung sämtlicher nützlicher Informationen an den Patienten. Die Inhalte der Gespräche sind demnach eher alltagsbezogen ohne die im Krankenhaus sonst im Vordergrund stehenden psychopathologische Aspekte des Patienten (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus, 2001: 203 f). Das hier gültige Arbeitsprinzip der Hilfe zur Selbsthilfe impliziert das grundlegende menschliche Streben nach Autonomie und Unabhängigkeit. Die Hilfe soll sich zur Unterstützung zur Selbsthilfe entwickeln, durch die das Prinzip erfüllt wird (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus, 2001: 80 f).

Die Balance zwischen Nähe und Distanz zum Patienten sowie die sensible Erfassung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen sind für eine gelungene Arbeitsbeziehung unabdingbar. Das interaktionelle Geschehen wird nicht nur vom Sozialpädagogen, sondern auch von institutionellen Rahmenbedingungen und dem Beziehungsverhalten des Patienten beeinflusst (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus, 2001: 290 f).

4.1. Darstellung zweier Konzepte der sozialpädagogischen Beratung

Um die sozialpädagogische Beratung konzeptionell verändern zu können, bedarf es zunächst der Darstellung der Konzepte der Beratung in den beiden Beispiel-Tageskliniken.

4.1.1. Sozialpädagogische Beratung in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH

Die sozialpädagogische Beratung in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH wird durch einen Diplom-Sozialpädagogen in Form einer „Sozialarbeitersprechstunde“ gewährleistet. Die Patienten, die Bedarf an Klärung sozialer Belange haben, müssen sich in eine Liste für einen Termin am Dienstagvormittag eintragen, wenn sie beraten werden wollen. Die Liste hängt von Dienstagmittag bis zum nächsten Dienstagmorgen aus und wird dann vom Sozialpädagogen als Terminliste gehandhabt. Die Patienten müssen morgens pünktlich in der Klinik erscheinen, um ihren Termin wahrnehmen zu können. Diese Regelung führt teilweise dazu, dass einzelne ihre Belange nicht klären, da sie vergessen sich einzutragen, zu spät kommen, ihre eigenen Bedarfe nicht erkennen oder falsch einschätzen. In dringenden Fällen, wie z.B. ein dem Team bekannter drohender Wohnungsverlust, eine fehlende Krankenversicherung oder hohe Schulden, werden Ausnahmen gemacht, so dass die Patienten ohne Termin und ohne Berücksichtigung der Sprechstunde beraten werden. Das Konzept der Beratung sieht weiterführend so aus, dass die Patienten ihr Anliegen vortragen, zur Problemlösung beraten und informiert werden und bei der Durchführung verschiedener Lösungsschritte Unterstützung erfahren. Die Beratung erfolgt nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“, d.h. der Patient soll sich so viel wie möglich allein erarbeiten bzw. dies zumeist erst versuchen, bevor der Berater ihm nicht gelingende Dinge abnimmt oder diese mit ihm gemeinsam erledigt. Dazu gehören Telefonate, Erstellen von Briefen, Recherchen im Internet, Behördenbesuche und ähnliches. Der Berater erstellt ggf. Berichte oder veranlasst die Erstellung von Attesten und ähnlichem, ansonsten hat seine Rolle eine informierende, beratende und motivierende, teilweise auch begrenzende Funktion (Auskunft vom 11.05.2004 durch Rudolf Simon, Geschäftsführer und Diplom-Sozialpädagoge der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH).

4.1.2. Sozialpädagogische Beratung in der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf

In der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf findet dienstags vormittags eine sozialarbeiterische Informationsgruppe statt, die von der Berufspraktikantin für Sozialpädagogik der Station geleitet wird. In dieser Gruppe werden verschiedene Themengebiete wie berufliche Rehabilitation, Arbeitslosengeld

II, Rente usw. bearbeitet. Die Patienten haben in der Informationsgruppe die Möglichkeit, Fragen zu stellen oder sie kommen außerhalb der Gruppe auf die Sozialpädagogin zu, um ihre Anliegen abzuklären. Die Beratung findet nicht in der Gruppe, sondern nach Vereinbarung gesondert mit der Beraterin statt und ist an allen Wochentagen möglich. Die Sozialpädagogin wird auch von Mitarbeitern aufgefordert, auf Patienten zuzugehen, falls der Bezugstherapeut eines Patienten von der Dringlichkeit einer Angelegenheit eines Patienten berichtet und die Einleitung der Beratung durch seine Kollegin wünscht. Das Ziel der Aktivierung der Patienten in der Beratung wird von der Beraterin angestrebt, so dass die Abwicklung der Angelegenheiten zum größtmöglichen Teil vom Patienten selbst unter Anleitung erledigt wird (Auskunft vom 23.02.2006 durch Marion Keppner, Berufspraktikantin für Sozialpädagogik der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf).

4.2. Darstellung der Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der sozialpädagogischen Beratung

Um die sozialpädagogische Beratung der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen analysieren zu können, sind zunächst die relevanten Besonderheiten dieser Patientengruppe im Einzelkontakt aufzuführen.

4.2.1. Interaktionsstörung und Beziehungsaufnahme

Die Beziehungsgestaltung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist, wie bereits erwähnt, das bedeutsamste Merkmal von denjenigen Symptomen, die bei allen Formen von Persönlichkeitsstörungen auftreten (vgl. Ritz-Schulte, 2004: 30). Sämtliche Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen symptomatisch Beziehungsstörungen auf, die jegliche Art von Einzelkontakt in Therapie oder Beratung erschweren, da diese Problematik zu meist in der Beziehung ausgelebt statt thematisiert und bearbeitet wird (vgl. Sachse, 2004: 12).

Eine tragfähige Beziehung zum Patienten aufzubauen gilt bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als besonders bedeutsam und ebenso schwierig. Die Interaktionsmuster des Patienten erzeugen negative Affekte im Gegenüber, so dass dieses vordringlich auf die Kontrolle der eigenen

Gegenübertragung achten muss (vgl. Tress u.a., 2002: 49). Wie oben ausgeführt, stellt die Beziehung ebenfalls eine wesentliche Grundlage für eine gelingende Beratungssituation dar und ist somit der zentrale Wirkfaktor für eine erfolgreiche Beratung (vgl. Sickendiek, Engel, Nestmann, 2002: 129). Demnach gelten die Interaktions- oder Beziehungsprobleme der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hier als Schwierigkeiten für die Beratung.

Die Interaktionsstörungen können in vielfältiger Weise auftreten. Allen gemeinsam ist jedoch, dass sie die Manipulation des Interaktionspartners durch den Betroffenen beinhalten (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 67). In der Beratung gilt es, die Manipulationen des Patienten zu erkennen und sein Verhalten und seine Äußerungen dem Gehalt entsprechend zu interpretieren (vgl. Belardi u.a., 2001: 77). Falls der Berater die jeweiligen Strategien des Patienten nicht erkennt, reagiert er voraussichtlich mit Ärger, was die Beziehung zum Patienten naturgemäß verschlechtert (vgl. Sachse, 2004: 11).

Im Konzept der Beratung müssen sämtliche dieser vielseitigen interaktionellen Besonderheiten Beachtung finden, um eine tragende Beratungsbeziehung aufbauen und somit erfolgreich beraten zu können.

4.2.2. Grenzüberschreitung gegenüber dem Beratenden

Wie bereits beim Thema der Kochgruppe erläutert wurde, besteht bei Persönlichkeitsstörungen im zwischenmenschlichen Bereich eine problematische Ausbalancierung von Nähe und Distanz, so dass es durch unzureichende Grenzsetzung zu Konflikten kommen kann (vgl. Schäfer, Sachsse, 2006: 7 ff). Die Patienten mit so genannten Nähestörungen agieren ihre Probleme über Nähe und stellen somit eine besondere Herausforderung an die Grenzsetzung des Therapeuten oder Beraters dar (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 29).

Die Grenzsetzung des Beratenden muss folglich besondere Berücksichtigung bei der konzeptionellen Ausgestaltung der sozialen Beratung finden.

4.2.3. Selbstzweifel und Blockaden des Patienten

Die meisten Persönlichkeitsstörungen (insbesondere die Borderline-, die histrionische, die ängstliche, die abhängige und die narzisstische Persönlichkeitsstörung) gehen mit einem niedrigen oder zumindest schwankenden Selbstwertgefühl einher, was sich in den Interaktionen in Form von Kritikempfindlichkeit, Abgabe von Verantwortung, Entscheidungsunfähigkeit und Katastrophisierung zeigt (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 80 ff). Diese Merkmale führen dazu, dass die Patienten sich möglicherweise in der Beratungssituation Anleitungen widersetzen, sich bestimmte Aktivitäten nicht zutrauen oder massive Ängste vor Fehlentscheidungen und Misserfolgen haben.

Solche Blockaden und Selbstzweifel stellen eine Hürde für die sozialpädagogische Beratung dar, da diese die Mitwirkung des Patienten voraussetzt und auf dessen Autonomie, d.h. Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit, abzielt. Strategien zum Abbau von Zweifel und Blockaden müssen demnach in das Konzept der Beratung einfließen.

4.2.4. Zweifel des Beratenden am Beratungserfolg mit „schwierigen Patienten“

In vielen wissenschaftlichen Texten zur Arbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wird die Auffassung des Therapiepessimismus vertreten, d.h. die Auffassung, diese Patienten seien schwer zu behandeln und die soziale oder therapeutische Arbeit mit ihnen sei demnach schwierig. Die Hoffnung auf Änderung des Beraters oder Therapeuten verringert sich durch diesen Pessimismus in einem Ausmaß, das auch auf den Patienten abfärbt und diesem somit Erfolgchancen verwährt (vgl. Fiedler, 2001: 409 ff).

Einen solchen Pessimismus gilt es in der sozialpädagogischen Beratung seitens des Beraters zu vermeiden, um dem Patienten eine bestmögliche Ausgangssituation zu verschaffen.

4.3. Anforderungen an das Konzept und konzeptioneller Veränderungsvorschlag

Um eine tragfähige Arbeitsbeziehung mit dem Patienten in der Beratung aufbauen zu können, müssen die interaktionellen Besonderheiten der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt werden. Der Berater darf sich nicht „blind“ seinen Gegenübertragungsgefühlen hingeben, sondern muss kontrolliert und reflektiert handeln. Dies ist nur möglich, wenn er erstens die Persönlichkeitsstörungen mit ihren symptomatischen Eigenarten bezüglich der Interaktion kennt, und zweitens die gemeinsamen Interaktionen mit dem Patienten in Teamsitzungen besprechen und in Supervisionen reflektieren kann. Die Sozialpädagogen im psychiatrischen Arbeitsfeld benötigen demnach fundiertes Wissen über sämtliche Störungsbilder, die die Patienten aufweisen. Die sozialpädagogische Beratung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen setzt fundierte Kenntnisse der psychodynamischen und interaktionellen Hintergründe der Störungen voraus, da diese Kompetenzen erforderlich sind, um die Schwierigkeiten bei der Beziehungsaufnahme zu überwinden. Diese Kenntnisse sind bestenfalls bereits in der Ausbildung angeeignet worden oder müssen andernfalls im beruflichen Werdegang durch Fortbildungen erworben werden, um eine kompetente Beratung dieser Patientengruppe gewährleisten zu können.

Der Austausch in Teambesprechungen ist ebenso unverzichtbar, damit ein umfassendes Gesamtbild des Patienten entsteht. Supervision bietet die Möglichkeit, mögliche Spaltungsvorgänge durch den Patienten oder Ablehnungstendenzen ihm gegenüber durch die Mitarbeiter aufzuzeigen und zu bearbeiten. Dies beinhaltet auch das Erkennen und Reflektieren eigener Anteile seitens der Beratenden an schwierigen oder konfliktreichen Situationen.

Ähnlich gestalten sich Anforderungen an Sozialpädagogen, wenn es um die Problematik der Grenzüberschreitung geht. Beratende müssen erlernt haben, sich effektiv abzugrenzen, um nicht auf die manipulativen Interaktionen des Patienten „hereinzufallen“ und die Kontrolle über die Situation zu verlieren. Ratsuchende kommen naturgemäß zur Lösung eines (sozialen) Problems in die Beratung und haben konkrete Anliegen. Der vom Patienten mit „Nähestörung“ oder unsicheren Verhaltensweisen angestrebten Tendenz, dass der Berater mit übermäßigem Einsatz und ohne Zutun des Patienten dessen Angelegenheiten klärt, sollte nicht

nachgegeben werden. Das bedeutet, dass fordernde und Verantwortung delegierende Bestrebungen des Patienten entgegengewirkt wird, was teilweise zu massiven Konflikten führen kann, da dieses Entgegenwirken zunächst nicht im Sinne des Patienten ist. Auch hier bedarf es Teambesprechungen zum Austausch über und Supervisionen zur Reflexion etwaiger Konflikte mit dem Patienten.

Die bestehenden Zweifel an eigenen Fähigkeiten des Patienten sowie Widersetzungen gegenüber Anleitungen des Beraters erfordern spezifische Interventionen des Beraters. Um die Selbstzweifel zu überwinden, braucht der Patient im besonderen Maß Anleitung und Unterstützung. Ein vorschnelles Abnehmen von Aktivitäten wie das Tätigen von einem Anruf, Briefschreiben, Behördenbesuch etc. muss unbedingt vermieden werden, um dem Patienten eine eigenständige Problemlösung zu ermöglichen bzw. ihn ggf. zu einer solchen zu bringen. Eine mögliche Strategie könnte hier der Versuch darstellen, den der Patient im Auftrag des Beratenden unternehmen soll, wobei die Option besteht, bei fehlgeschlagener Umsetzung bzw. Fertigstellung die Hilfe des Professionellen in Anspruch nehmen zu können. Wichtig ist hier der eigenständige Versuch, ggf. im Beisein des Beraters, um eine realistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten vornehmen zu können, und um die Aktivität des Patienten zu fördern. Widersetzt sich der Patient den Anleitungen des Beraters, so sollte dieser ihm verdeutlichen, dass ein Annehmen einer der vorgeschlagenen Handlungsmöglichkeiten erforderlich ist, um das Problem des Patienten zu lösen. Weitere Optionen sollten zunächst aufgezeigt werden, um dem Patienten die Wahl und somit eine eigenständige Entscheidung zu überlassen. Dieser fühlt sich dadurch autonomer und kann trotz seines möglicherweise kritikempfindlichen Interaktionsmusters eher eine Anleitung in Form eines Vorschlages annehmen. Allerdings muss hier die Option des Nicht-Annehmens von Vorschlägen des Beraters dem Patienten grundlegend möglich sein, da sonst die Unterstützung seiner autonomen Tendenzen paradox erscheint.

Anforderungen an die Rahmenbedingungen bezüglich des vorseilenden Pessimismus bei der Beratung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen liegen auf der Hand. Professionelle Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik sollten nicht mit Vorurteilen die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Patienten zerstören. Der Rückschluss von der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ auf eine

erfolgreiche Behandlung oder Beratung beinhaltet bereits unprofessionelle und unreflektierte Denkweisen. Die Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung dieser Patientengruppe sind unbestritten, doch die eigene Fähigkeit damit umzugehen, sollte nicht von vornherein negiert werden. Die Konfrontation durch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit den eigenen Anteilen des Professionellen kann durch seine geleistete Selbstreflexion erkannt werden, ohne dass er diese Konfrontationen abwehren muss. Durch reflektiertes und abgestimmtes Handeln im Team, das durch fundierte Kenntnisse über die Störungsbilder ergänzt wird, kann mit diesen Patienten eine Beratung durchaus erfolgreich verlaufen. Diese optimistische Haltung ist bei jeglicher Art des Einzelkontakts erforderlich, um den Patienten zu motivieren und ihn von seinen eigenen Potenzialen überzeugen zu können.

Ein strukturiertes Vorgehen in Form von Terminvergabe und deren Einhaltung erscheint aufgrund der Schwierigkeiten bei der Beziehungsaufnahme zur Vermeidung von Konflikten und Grenzüberschreitungen sinnvoll. Das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe kann des Weiteren dazu beitragen, dass Grenzüberschreitungen verringert, Selbstzweifel der Patienten überwunden und eine positive Einstellung des Beraters gegenüber den Erfolgsmöglichkeiten der Patienten geschaffen werden.

5. Entwicklung eines psychoedukativen Gruppenkonzepts für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischen Tageskliniken

Psychoedukation findet in Gruppen statt und dient der Verbesserung des Umgangs mit psychischen Problemen und Störungen und deren Folgen. Es gibt verschiedene Ansätze von Psychoedukation in der Psychiatrie, wobei im Folgenden der mit den Schwerpunkten der Informationsvermittlung und dem Austausch in der Gruppe ohne die Teilnahme von Angehörigen verfolgt wird (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus, 2001: 309 ff). Psychoedukative Behandlungsangebote sind in fast allen Tageskliniken in Deutschland vorzufinden (vgl. Engfer, 2005: 96 f) und stellen als Gruppenangebot einen festen Bestandteil des Wochenplanprogramms dar (vgl. Reker, 2004: 52).

Eine Voraussetzung für psychoedukative Gruppenangebote ist zunächst die Bereitschaft der Gruppenleitung, Patienten als Experten für ihre Störung anzusehen und ihren Erfahrungen Raum zu geben. Des Weiteren gilt es, über die Störung und ihre Entstehung zu informieren, Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen sowie die bisherigen Kenntnisse der Teilnehmer einzubeziehen. Die Gruppenleitung muss sich außerdem auf die Besonderheiten der Patienten einstellen und aufkommende Gruppenkonflikte erkennen und auf diese flexibel reagieren. Die Reflexion im Team und in Supervisionen ist zur Besprechung von Belastungen und Schwierigkeiten notwendig. Im Voraus festzulegen sind die Zielgruppe, die Art, wie die Patienten erreicht werden, und der institutionelle Rahmen. Auch die Klärung von methodischem Konzept und Materialien, Rahmenbedingungen, Funktionsteilung der Gruppenleitung, sowie Supervision und Teambesprechungen ist indiziert (vgl. Bosshard, Ebert, Lazarus, 2001: 311 ff).

Die Zielgruppen der bereits bestehenden Psychoedukationsgruppen in den exemplarischen Tageskliniken dieser Arbeit sind vor allem an Psychosen Erkrankte. Die depressiv erkrankten Patienten haben in der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH ebenfalls ein krankheitsspezifisch ausgerichtetes Gruppenprogramm (siehe Wochenplan im Anhang), an dem jedoch zumeist auch die übrigen, d.h. die nicht an Psychose oder Depression erkrankten, Patienten teilnehmen. Eine weitere Psychoedukationsgruppe, die sich speziell an persönlichkeitsgestörte Patienten richtet, ist angedacht und wird derzeit konzipiert (Auskunft vom 22.08.2006 durch Herrn Christoph Hentrich, Leitender Arzt der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH).

In der Tagesklinik des UKE sind es die „Kerngruppen“ (siehe Wochenplan im Anhang), die zum einen ein psychoedukatives Angebot für an einer Psychose Erkrankte und zum anderen eine problemorientierte, eher konfrontative und nach aktuellen Belangen ausgerichtete Gruppe für alle übrigen Patienten darstellen. In den „Persönlichkeitsinfogruppen“ werden ebenfalls psychoedukative Elemente, wie Persönlichkeits- und Depressionsmodelle behandelt. Ein spezifisches psychoedukatives Gruppenangebot für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen liegt nicht vor, wobei eine Umstrukturierung der Kern- und Persönlichkeitsinfogruppen geplant ist, da tendenziell weniger Psychoseerkrankte und mehr Patienten mit

Persönlichkeitsstörungen in der Tagesklinik behandelt werden. Diese Umstrukturierung wird beinhalten, dass Psychotiker und Depressive ein gemeinsames psychoedukatives Gruppenangebot erfahren und persönlichkeitsgestörte Patienten ebenso ein spezifisches Gruppenangebot erhalten (Auskunft vom 01.08.2006 durch Frau Marion Keppner, Berufspraktikantin für Sozialpädagogik der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf).

5.1. Darstellung der Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in einer psychoedukativen Gruppe

Die psychoedukativen Angebote, die im psychiatrischen Bereich vorzufinden sind, beziehen sich vorwiegend auf psychotische und affektive Störungen. Nach einer Literaturrecherche im deutschsprachigen Raum ergibt sich die Annahme, dass nur wenige Publikationen für Persönlichkeitsstörungen existieren, die sich mit Psychoedukation befassen. Ähnlich scheint es in der Praxis auszusehen, die zumindest in der teilstationären Behandlung in Hamburg nach vereinzelter Befragung verschiedener Mitarbeiter in diesem Bereich bisher keine Psychoedukation für diese Patientengruppe zu beinhalten scheint. Aufgrund der Zunahme der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ im tagesklinischen Bereich, ist die Entwicklung eines solchen Konzepts dringend erforderlich und wird daher im Folgenden untersucht.

Zunächst werden die Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bezüglich einer Psychoedukationsgruppe und bestehende psychoedukative Ansätze für diese Patientengruppe aufgeführt, um anschließend ein Konzept für psychiatrische Tageskliniken vorschlagen zu können.

5.1.1. Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen

Alle Formen von Persönlichkeitsstörungen weisen mehr oder weniger stark das Merkmal der Ich-Syntonie auf. Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen bedeutet, dass die Betroffenen ihre problematischen Verhaltensmuster als zur eigenen Person gehörig, d.h. als ich-synton, und somit nicht als störend oder abweichend erleben. Durch diese Form der Eigenwahrnehmung sind Störungseinsicht und daraus folgende Änderungsmotivation der Betroffenen eingeschränkt oder gar nicht

vorhanden (vgl. Ritz-Schulte, 2004: 30 f). Die Symptome der meisten anderen psychischen Störungen werden dagegen als ich-dyston, d.h. ich-fremd, also nicht zu sich gehörig, erlebt, so dass die Patienten sich von diesen Störungen befreien wollen (vgl. Fiedler, 2000: 14). Die Persönlichkeitszüge werden dagegen meistens als ich-synton erlebt, wobei einige Persönlichkeitszüge wie Tendenzen zu Abhängigkeit und zu geringem Selbstwertgefühl auch bewusst als störend und ich-dyston erlebt werden können (vgl. Bronisch, 2003: 4 f).

Das Leiden der persönlichkeitsgestörten Patienten besteht zumeist ausschließlich aus Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, und zwar ohne, dass die Betroffenen die eigenen problematischen Interaktionsmuster erkennen. Sie wissen oftmals nicht um ihre sich negativ auswirkenden eigenen Anteile bei zwischenmenschlichen Konflikten, wobei sich ihr subjektives Befinden verschlechtert, was sie vage an ihnen nicht gelingenden, befriedigenden Beziehungen festmachen, ohne zu wissen, was die Gründe für diese Problematiken sind (vgl. Fiedler, 2001: 509). Die Interaktionsprobleme und das damit verbundene Leiden werden demnach als diffus und unbestimmt wahrgenommen und bedürfen zur Bearbeitung der Beurteilung aus der Außenperspektive. Daraus ergibt sich teilweise die Weigerung der Betroffenen, die Rückmeldung, dass ihr Verhalten unangemessen ist und eigene Veränderungen angezeigt sind, anzunehmen. Dabei erschwert sich die Akzeptanz des Betroffenen dieser Kritik in dem Maße, in dem nicht mehr auf konkretes Handeln, sondern auf kontextübergreifende Merkmale der Person eingegangen wird (vgl. Fiedler, 2000: 14).

Für ein psychoedukatives Gruppenangebot bedeutet dies, ein gewisses Maß an Problem- und Störungseinsicht der Patienten zunächst zu erarbeiten, um die Thematisierung und Bearbeitung bestehender zwischenmenschlicher Konflikte als Folge von eigenen Interaktionsmustern zu ermöglichen. Diese Störungseinsicht ist durch die Konzeptionierung im Einzelnen zu erleichtern. Die Bewertung von problematischen Verhaltensmustern bleibt bezüglich des Gruppenangebots nicht aus, so dass hier eine annehmbare Formulierung und Wahl von Beispielen besonders wichtig erscheint, um eine möglichst große Akzeptanz der Teilnehmer zu erhalten.

5.1.2. Persönlichkeitsstörungen unabhängiger Behandlungsanlass

Durch das Merkmal der Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen kommt es zumeist nicht aufgrund der Persönlichkeitsstörungen und den damit verbundenen problematischen Verhaltensmustern der Betroffenen zur Behandlung. Die Auslöser für die Therapiemotivation der Patienten sind möglicherweise die negativen Konsequenzen, die in Form von Beziehungsabbrüchen, sozialer Zurückweisung und Isolation erlebt werden (vgl. Ritz-Schulte, 2004: 31). Auch unlösbare zwischenmenschliche Konflikte im Privat- und Berufsleben oder Sinnfindungskrisen nach wichtigen Lebensereignissen sind als Behandlungsanlass denkbar. Ein anderer möglicher Anlass zur Behandlung für den Patienten ist das Vorhandensein einer symptomatischen, ich-dystonen psychischen Störung, wie z.B. Angststörungen oder affektive Störungen, bei gleichzeitig zu diagnostizierenden Persönlichkeitsstörungen (vgl. Fiedler, 2001: 420 f). Diese symptomatische Störung wird dann seitens des Patienten als Behandlungsauftrag in den Vordergrund gestellt, wobei die Interaktionsstörungen nicht thematisiert werden (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 27).

Die Psychoedukationsgruppe für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen setzt voraus, dass die Teilnehmer wissen, was für eine Diagnose gestellt wurde. Schon wegen der Bezeichnung des Gruppenangebots wird hier die Notwendigkeit des Kennens und im späteren Gruppenverlauf des Verstehens der eigenen Diagnose und der sich dahinter verbergenden Problematik notwendig. Die Patienten, deren Behandlungsanlass nur indirekt mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ einhergeht, benötigen hier Aufklärung, warum sie an einer Gruppe für diese Patientengruppe teilnehmen sollen. Steht eine andere Störung als Behandlungsanlass im Vordergrund, so gilt es gemeinsam mit dem Patienten abzuwägen, von welchem psychoedukativen Angebot er mehr profitiert. Ist der Patient in tagesklinischer Behandlung aufgrund zwischenmenschlicher Probleme und Konflikte, so bedarf es zunächst im Zuge der Diagnostik einer umfassenden und verständlichen Aufklärung über die gestellte Diagnose und deren Bedeutung, um die Teilnahme an der spezifischen Psychoedukationsgruppe verständlich machen können.

5.1.3. Eingeschränkte Veränderungsmotivation der Patienten

Persönlichkeitsstörungen werden als ich-synton erlebt und bergen daher naturgemäß zunächst keine Veränderungsmotivation, da keine Störungseinsicht besteht, die grundlegend für den Aufbau von eigenem Veränderungsbestreben ist (vgl. Ritz-Schulte, 2004: 31). Auch bei bestehender Therapiemotivation ist oftmals keine Veränderungsmotivation der eigenen Interaktionsmuster und deren Hintergründe vorhanden (vgl. Sachse, 2004: 11).

Zusätzlich ist das Konzept der Persönlichkeitsstörungen insbesondere aufgrund der Begrifflichkeit und der defizitären und psychopathologisierenden Sichtweise problematisch für die Betroffenen. Der Begriff ist stigmatisierend, da er die gesamte Persönlichkeit als gestört bezeichnet. Durch diese sprachlichen und inhaltlichen Schwierigkeiten fühlen sich die Patienten oftmals diskriminiert und ihre Motivation und Mitarbeit bei der Behandlung ist reduziert (vgl. Schmitz, 1999: 37). Bezüglich der Beschreibung der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ bedarf es folglich einer wertschätzenden und positiven Sprache, die für den Patienten akzeptierbar und verständlich ist (vgl. Fiedler, 2000: 20).

Die Veränderungsmotivation gilt es im Gruppenverlauf, wie auch außerhalb in Einzelgesprächen mit den Therapeuten, zu erarbeiten. Als grundlegende Maßnahme für die Gruppe muss jedoch eine passende Sprach- und Wortwahl gefunden werden, um diskriminierende und stigmatisierende Wirkungen zu vermeiden und somit den Patienten eine akzeptierende und verständnisvolle Haltung gegenüber ihren thematisierten Schwierigkeiten und deren Hintergründe zu erleichtern.

5.1.4. Verschiedenheit der Persönlichkeitsstörungen

Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich außerordentlich in ihrer Interaktionsweise. Nach DSM IV können die Persönlichkeitsstörungen in drei Cluster eingeteilt werden. Das bizarre oder exzentrische Cluster A beinhaltet die paranoide und die schizoide, das dramatische Cluster B die dissoziale, die emotional instabile, die histrionische und das ängstliche Cluster C die anankastische, die ängstliche und die abhängige Persönlichkeitsstörungen (vgl. Bronisch, 1999: 127). Weitere Dimensionen zur Differenzierung der verschiedenen Formen sind die von Nähe und Distanz. Die Patienten des ersten Clusters können als Distanz-Störungen,

die des zweiten Clusters als Nähe-Störungen bezeichnet werden. Die einzelnen Störungen weisen zwar alle Beziehungsstörungen auf, doch das jeweilige Interaktionsverhalten unterscheidet sich erheblich (vgl. Sachse, Leisch, Urbaniak, 2005: 29).

Die Besonderheit der Konzipierung eines psychoedukativen Gruppenangebots für alle Arten von Persönlichkeitsstörungen stellt demnach auch eine Verbindung dieser Unterschiedlichkeiten dar. Obgleich sich die einzelnen Patienten in einer solchen Gruppe unterschiedlich, wenn nicht sogar gegensätzlich, verhalten und diese Verhaltensweisen insbesondere die Inhalte des Gruppenangebots sind, so ist ein gemeinsames Vorgehen unabdinglich, um einen Gruppenprozess und gemeinsames Erarbeiten von Informationen und Austausch von Erfahrungen zu ermöglichen. Das Konzept muss demnach alle Formen von Persönlichkeitsstörungen berücksichtigen und gleichermaßen einbeziehen.

5.1.5. Komorbidität mit anderen Erkrankungen

Die Persönlichkeitsstörungen kommen nur zu etwa 6,5 bis 19,3%, je nach spezieller Form, ohne eine weitere Persönlichkeitsstörung vor (vgl. Fiedler, 2000: 50 f). Das bedeutet, dass das alleinige Vorkommen einer Persönlichkeitsstörung den Ausnahmefall darstellt und meistens weitere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden. Des Weiteren liegt bei der Hälfte der Patienten mit Angststörungen, affektiven Störungen und Essstörungen zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung vor (vgl. Schmitz u.a., 2001: 4 f), ebenso verhält es sich bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen und Zwangsstörungen (vgl. Fiedler, 2000: 48). Hier wird deutlich, dass nur fünfzig Prozent der Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ keine andere psychische Störung aufweisen.

Diese Werte erfordern erstens die Berücksichtigung der Komorbiditäten der Teilnehmer bei der Konzeptionierung einer Psychoedukationsgruppe für persönlichkeitsgestörte Patienten. Das bedeutet die Notwendigkeit einer möglichst genauen Vorbereitung der Gruppensitzungen auf teilnehmende Patienten und deren individuelle komorbide Problematiken. Die Einschränkungen und Besonderheiten der Teilnehmer aufgrund zusätzlicher Störungen und aktuellen Beschwerden müssen in der Psychoedukationsgruppe für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

berücksichtigt werden, um Über- oder Unterforderungen oder problematische Konfrontationen, die dem Betroffenen und dem Gruppengeschehen schaden, vermeiden zu können. Zweitens muss der Tatsache, dass die Mehrzahl der Betroffenen mehrere Formen von Persönlichkeitsstörungen aufweist, Rechnung getragen werden. Die Kategorisierung der einzelnen Teilnehmer in nur eine der behandelten Formen sollte demnach nicht regelhaft erfolgen, da diese Einteilung zu meist falsch wäre. Die Mischformen und die Überlappungen der einzelnen Störungsbilder müssen hier aufgezeigt und verdeutlicht werden, um eine reine Zuordnung durch die Betroffenen oder die Gruppenleitung zu vermeiden und eine möglichst differenzierte Psychoedukation zu gewährleisten.

5.2. Darstellung möglicher Konzepte für eine psychoedukative Gruppe

Um einen Vorschlag für ein psychoedukatives Gruppenangebot entwickeln zu können, bedarf es zunächst der Darstellung bestehende Konzepte. Ersteres dieser zwei, nach einer Literaturrecherche im deutschsprachigen Raum zusammengestellten, Konzepte von Schmitz u.a. ist für ein vollstationäres Setting entwickelt worden, wobei nur sechs Formen von Persönlichkeitsstörungen berücksichtigt werden. Das zweite Konzept von Linehan ist speziell auf Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zugeschnitten und für eine ambulante Behandlung vorgesehen. Die Konzepte benötigen daher Abwandlung und optimale Anpassung an die tagesklinische Behandlung und an die Zielgruppe sämtlicher Persönlichkeitsstörungen unter der Berücksichtigung der aufgeführten Besonderheiten dieser Patientengruppe.

5.2.1. Konzept der kognitiven Verhaltenstherapie von Schmitz u. a. (2001)

Das Konzept von Bernt Schmitz, Petra Schuhler, Annette Handke-Raubach und Andreas Jung mit dem Titel „Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen - Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Therapieprogramm zur Förderung von Selbstakzeptanz, Menschenkenntnis und persönlicher Entwicklung“ wurde zur vollstationären Therapie von Persönlichkeitsstörungen im psychosomatischen und suchtherapeutischen

Bereich entwickelt und umfasst je Störungsform ein psychoedukatives sowie ein kompetenzorientiertes Modul (vgl. Schmitz u.a., 2001: 36 ff).

5.2.1.1. Grundlagen und Rahmenbedingungen

Das Konzept von Schmitz u.a. weist unter anderem in den einführenden Kapiteln auf die Besonderheiten bei Psychoedukation von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hin. Aus den wesentlichen Besonderheiten wie der Komplexität der Problematiken der Patienten und der „Ich-Syntonie“ der Störungsbilder lässt sich eine besondere Indikation der Psychoedukation herleiten. Diese Besonderheiten sind des Weiteren die stigmatisierende Sprache und die Defizitorientierung des Persönlichkeitsstörungsmodells, welche die Psychoedukation erschweren, wobei hier auf das dimensionale Modell der Störungen verwiesen wird. Dieses Modell beinhaltet die für dieses psychoedukative Konzept grundlegende Annahme, dass Persönlichkeitsstörungen als Extreme von nicht pathologischen Persönlichkeitsstilen einzustufen sind. Diese Grundlage ermöglicht einen ressourcen- und problemorientierten Zugang, da Stärken und Schwächen der verschiedenen Stile gleichermaßen berücksichtigt werden und in einer wertschätzenden Sprache Ausdruck finden (vgl. Schmitz u.a., 2001: 24 ff).

Die psychoedukativen Elemente dieses Konzeptes bilden etwa die Hälfte des gesamten Therapieprogramms. Die Psychoedukation hat hier einen so hohen Stellenwert, da Aufklärung und Information der Patienten die Therapieeffekte verbessern können. Die Auseinandersetzung des Patienten mit dem Problem verändert bereits das Problem und lässt den Reflexionsprozess durch neue Anregungen fortschreiten, so dass dieser zur Veränderung des Umgangs mit der Störung beiträgt. Durch Psychoedukation werden demnach mittels neuer Informationen die bisherigen subjektiven Erklärungsmodelle des Patienten erschüttert, so dass Veränderungsmotivation und neue Verstehensmuster leichter zugelassen werden. Die Motivierung der Patienten erfolgt in Form von Vermittlung von Verstehensmodellen nach diesem Konzept durch oben genannte Grundlagen sowie durch das Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen eigenem Verhalten und Reaktionen der Umwelt, wobei insbesondere Narrative und Rollenspiele zur subjektiven Überzeugung der Patienten beitragen sollen (vgl. Schmitz u.a., 2001: 27 ff).

Die Persönlichkeitsstile und –störungen werden hier jeweils als wachsam bzw. paranoid, ungesellig bzw. schizoid, exzentrisch bzw. schizotypisch, abenteuerlich bzw. antisozial, sprunghaft bzw. Borderline, dramatisch bzw. histrionisch, selbstbewusst bzw. narzisstisch, sensibel bzw. selbstunsicher, anhänglich bzw. dependent und gewissenhaft bzw. zwanghaft bezeichnet (vgl. Schmitz u.a., 2001: 30 ff). Anstelle der hier genannten Begriffe des DSM-IV werden im Folgenden die gemäß ICD-10 vorgegebenen Begrifflichkeiten verwendet, um der Einheitlichkeit dieser Arbeit zu entsprechen. Die schizotype Persönlichkeitsstörung entfällt, die antisoziale heißt demnach dissoziale, die selbstunsichere heißt ängstliche, die dependente heißt abhängige und die zwanghafte heißt anankastische Persönlichkeitsstörung.

Das Gruppenprogramm von Schmitz u. a. ist psychoedukativ- sowie kompetenzorientiert und für psychosomatische und suchtherapeutische Behandlung entwickelt worden. Es bezieht sich nur auf die ängstliche, abhängige, anankastische, histrionische, narzisstische und Borderline-Persönlichkeitsstörung, da diese die häufigsten Störungsformen in der stationären verhaltenstherapeutischen Psychosomatik und Suchttherapie sind (vgl. Schmitz u.a., 2001: 36).

Die organisatorischen Rahmenbedingungen sehen so aus, dass die Gruppe zweimal wöchentlich für eineinhalb Stunden stattfindet. Die oben genannten sechs Persönlichkeitsstörungen und –stile werden jeweils in zwei Sitzungen bearbeitet, wobei die erste Sitzung psychoedukativ als informierende Einführung und die zweite kompetenzorientiert als Übungseinheit konzipiert ist. Die Anzahl der Gruppensitzungen beträgt insgesamt zwölf und es ergibt sich somit eine Programmdauer von sechs Wochen. Die Indikation zur Teilnahme am Gruppenprogramm bildet das Bestehen mindestens einer der sechs Persönlichkeitsstörungen oder einem der zugehörigen sechs unflexiblen Persönlichkeitsstile bei den Patienten (vgl. Schmitz u.a., 2001: 37).

5.2.1.2. Durchführung

Das erste psychoedukative Thema bildet zunächst die Beschreibung des Persönlichkeitsstils mit seinen Stärken und Schwächen, d.h. mittels Beispielen und Falldarstellungen werden die Merkmale und somit das entsprechende Muster des

Denkens, Fühlens und Handelns erklärt. Dies erfolgt, indem die fünf Lebensbereiche Arbeit, Selbstbild, Gefühle, Beziehungen, Selbstbeherrschung und Vorstellungen von der realen Welt bezüglich des Persönlichkeitsstils geschildert werden. Anschließend werden die individuellen Einstellungen und Verhaltensweisen durch eine Paarübung ermittelt, wobei erstens ein Kurzfragebogen zum jeweiligen Persönlichkeitsstil beantwortet wird, und zweitens im Paargespräch Selbst- und Fremdeinschätzung berichtet und durch gegenseitiges Fragen nach konkreten Beispielen überprüft werden. Nach dieser Einheit werden exemplarische, typische Problemsituationen des Persönlichkeitsstils anhand von Rollenspielen, Narrativen und nonverbalen Übungen verdeutlicht und mittels Verhaltensanalysen und Teufelskreismodellen ausgewertet. Beginnend mit dem jeweiligen Stil wird der Übergang zur Störung als Übertreibung bzw. extreme Ausprägung erklärt. Die dysfunktionalen Überzeugungen, die das Verhalten in konkreten Situationen prägen, werden hierbei herausgearbeitet. Die Persönlichkeitsstörungen werden hier als Beziehungsstörungen aufgefasst und der Begriff „Persönlichkeitsstörung“ wird zwar als Fachbegriff eingeführt, aber der sprachliche Gebrauch des Begriffs „unflexibler Persönlichkeitsstil“ wird weiterhin vorgezogen. Des Weiteren wird der Einfluss von Erfahrungen aus Kindheit und Jugendzeit für die Entwicklung des Persönlichkeitsstils anhand von prototypischen Entwicklungskontexten und Beziehungserfahrungen erarbeitet, welche im Rahmen des biopsychosozialen Erklärungsmodells die Entwicklung dysfunktionaler Überzeugungen und Stile begünstigen können. Somit sollen die Zusammenhänge zwischen aktuellen Verhaltensweisen und der eigenen Entwicklungsgeschichte von den Patienten wahrgenommen werden und ihnen ein Erklärungsmodell für deren Verhalten geboten werden. Im Folgenden werden Beziehungsgestaltung und Aufrechterhaltung des Persönlichkeitsstils thematisiert. Hier werden mittels des Modells der Teufelskreise prototypische Beziehungserfahrungen erarbeitet, die zur Aufrechterhaltung der Persönlichkeitsstile beitragen. Anhand von szenischen Darstellungen typischer Beziehungsabläufe soll durch die nun ermöglichte distanzierte Außenperspektive die eigene Mitverantwortung für interaktionelle Probleme wahrgenommen werden. Zuletzt wird der Einfluss des Persönlichkeitsstils auf die Entwicklung psychischer und psychosomatischer Störungen ermittelt, indem Beispiele genannt und eigene Erfahrungen der Patienten erzählt werden (vgl. Schmitz u.a., 2001: 37 ff).

Der kompetenzorientierte Übungsteil des Programms beinhaltet spezifische Anregungen, die neue Erfahrungen im Denken, Erleben und Verhalten ermöglichen sollen, sowie ausgewählte Übungen und Rollenspiele zur Durchführung (vgl. Schmitz u.a., 2001: 40).

Weitere relevante Aspekte sind die Gruppengröße, die von den Autoren mit vier bis zwölf Teilnehmern empfohlen wird, wie auch die Verteilung eines Informationsblatts vor Gruppenbeginn, das den Patienten die Ziele und Abläufe der Gruppe erklärt. Zudem erhalten die Gruppenteilnehmer verschiedene Materialien zu den behandelten, oben genannten Themenkomplexen, sowie Hausaufgaben nach dem ersten, psychoedukativen Teil zu einem Stil und einen Beurteilungsbogen zur Beurteilung des Gruppenangebots nach jeder zweiten Einheit, d.h. nach jedem behandeltem Stil. Wichtig ist ebenfalls, dass die Narrative und Rollenspiele bei der Erarbeitung der Entwicklungsmodelle sich schwerpunktmäßig auf die Behandlung psychisch und psychosomatisch Kranker oder Abhängigkeitskranker beziehen (vgl. Schmitz u.a., 2001: 42 f).

5.2.2. Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Linehan (1996)

Das Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie ist ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept, das 1993 zur ambulanten Therapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen von Marsha Linehan entwickelt wurde und seit 1996 in deutscher Fassung vorliegt.

5.2.2.1. Grundlagen und Rahmenbedingungen

Wie der Name des Konzepts bereits beinhaltet, liegt dieser Therapie eine dialektische Sichtweise zu Grunde. Dialektik meint zunächst die Integration oder Synthese von Polaritäten bzw. von These und Antithese. Die dialektische Sichtweise fasst des Weiteren die Realität als System auf, wobei Teile des Systems nicht ohne die Beziehung zu anderen Teilen existieren können. Das bedeutet, dass Grenzen zwischen Teilen nur temporär vorkommen und nur in Beziehung zum Ganzen bestehen. Die genannte Polarität ist in jedem Ganzen vorzufinden, so dass die Realität nie statisch ist, sondern immer aus gegensätzlichen Kräften besteht. Die Zusammenhänge von These, Antithese und Synthese bilden das Prinzip des kontinuierlichen Wandels. Dieser Wandlungsprozess vollzieht sich aufgrund der

Spannungen zwischen den Gegensätzen. Diese dialektischen Aspekte beinhalten auch, dass die Person in der Therapie als Ganzes betrachtet wird und Gegensätze in der therapeutischen Beziehung nutzbar gemacht werden. Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung handelt es sich um eine Störung, die durch das Scheitern an der Dialektik gekennzeichnet ist, da betroffene Patienten u.a. Spaltungsmechanismen aufweisen und Identitätsprobleme haben (vgl. Linehan, 1996: 22 ff).

Die Dialektisch-Behaviorale Therapie basiert ätiologisch auf der biosozialen Theorie, die besagt, dass Borderline-Persönlichkeitsstörungen durch biologische Einschränkungen in Form von gestörter Emotionsregulation in Verbindung mit bestimmten dysfunktionalen Umweltbedingungen sowie deren interaktioneller Fortentwicklung entstehen. Diese Umweltbedingungen werden hier „invalidierendes Umfeld“ genannt, welches die emotionalen Fehlregulationen der Betroffenen verstärkt (vgl. Linehan, 1996: 32).

Die zentralen Behandlungselemente des Behandlungskonzepts sind zunächst die Einstimmung des Patienten auf die Behandlung, der Aufbau einer therapeutischen Beziehung, die Beibehaltung der dialektischen Sichtweise und die Anwendung der Kernstrategien. Diese sind die Validierung, d.h. die Widerspiegelung des Wertes der emotionalen, kognitiven oder verhaltensbezogenen Reaktionen des Patienten durch die Therapeuten, und die Problemlösung, welche Verhaltens- und Problemanalyse, Aufzeigen von Alternativen und Lösungen, Sicherstellung der Veränderungsbereitschaft des Patienten und Durchführung der Behandlung beinhaltet. Die Rahmenbedingungen der Behandlung bilden die ambulante Einzeltherapie, das Fertigkeitentraining, ggf. die stützende Gruppentherapie und die telefonische Beratung, sowie Fallbesprechungen und Supervision des Teams und ggf. begleitende Therapien (vgl. Linehan, 1996: 72 ff). Im Folgenden wird das Gruppenkonzept des Fertigkeitentrainings auf geeignete Elemente hin untersucht, die zur Konzipierung einer tagesklinischen Psychoedukationsgruppe herangezogen werden können, da das Fertigkeitentraining den psychoedukativen Part des Konzepts darstellt.

Das Fertigkeitentraining ist eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie, die als psychoedukatives Sozialtraining konzipiert ist. Dabei wird entgegengesetzt eines gruppodynamischen Ansatzes die Bearbeitung der Gruppendynamik aktiv unterbunden, um so ein entspannteres Gruppenklima zu schaffen und die Teilnehmer zu entlasten (vgl. Stiglmayr, Schehr, Bohus, 2002: 129).

Das Fertigkeitentraining besteht aus vier Modulen, die sich direkt auf fünf Kategorien der Symptomatik von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beziehen. Die Kategorien beinhalten die gestörte Emotionsregulation, die Beziehungsprobleme, das impulsive und selbstschädigende Verhalten, das gestörte Identitätsgefühl und quasipsychotische Episoden sowie Depersonalisation, Dissoziation und Wahnvorstellungen. Die hierauf bezogenen Module sind Vermittlung eines angemessenen Umgangs mit Gefühlen, Vermittlung von interpersoneller Kompetenz, von Techniken zur Stresstoleranz und von Wegen zur Achtsamkeit, die die Fähigkeit zu einem bewussten Wahrnehmen und Erleben steigern sollen (vgl. Linehan, 2006: 8). Ein Gruppentraining ist wirksamer als ein Einzeltraining, da unter anderem die interpersonellen Verhaltensweisen beobachtbar sind, wie Teilnehmer anderen Menschen mit ähnlichen Problemen begegnen und voneinander lernen können. Eine offene Gruppe ist einer geschlossenen Gruppe vorzuziehen, da der Umgang mit Veränderungen von den Teilnehmern gelernt werden kann, und der Gruppenprozess durch die Vermeidung einer stabilen Gruppe kein großes Ausmaß annimmt, welches für das Einüben der Fertigkeiten hinderlich wäre (vgl. Linehan, 2006: 13 f). Zudem können erfahrene Teilnehmer neuen Teilnehmern die Inhalte und Ziele des Trainings vermitteln, was glaubwürdiger erscheint als Erklärungen der Gruppenleitung und die Gruppe in ihren Fähigkeiten bestärkt (vgl. Stiglmayr, Schehr, Bohus, 2002: 131).

5.2.2.2. Durchführung

Die Module „Zwischenmenschliche Fähigkeiten“, „Bewusster Umgang mit Gefühlen“ und „Stresstoleranz“ werden jeweils in acht Wochen durchgeführt. Das Modul „Innere Achtsamkeit“ sollte vor jedem Modul eingeführt bzw. wiederholt werden, da es das grundlegende und wichtigste Modul darstellt (vgl. Linehan, 2006: 14).

Der Aufbau der Gruppensitzungen gliedert sich in zwei Hälften, wobei in der ersten Hälfte entweder ein neues Modul vorgestellt wird oder die Hausaufgaben der vergangenen Sitzung besprochen werden. Im zweiten Teil werden neue Fertigkeiten vorgestellt und bearbeitet und abschließend eine ausklingende Übung wie z.B. Entspannungs- oder Atemübungen gemacht. Zu Beginn der Sitzungen werden therapiegefährdende Verhaltensweisen der Teilnehmer thematisiert, wie z.B. zu spät Kommen oder nicht erfolgtes Absagen eines Termins. Der zeitliche Rahmen beträgt zweieinhalb Stunden pro Gruppensitzung, die nach etwa einer Stunde für eine Pause von zehn Minuten unterbrochen wird. Insgesamt ist ein halbes Jahr zur Durchführung des gesamten Trainings notwendig. Die Regeln für das Training werden am Anfang klargestellt und bei jedem Neuzugang in die Gruppe möglichst durch die Teilnehmer wiederholt. Diese Regeln sind unter anderem der Ausschluss aus der Gruppe nach viermaligem Fernbleiben hintereinander, keine Teilnahme unter Alkohol- oder Drogeneinfluss, Schweigepflicht innerhalb der Gruppe oder rechtzeitiges Abmelden bei Nichtwahrnehmen einer Sitzung (vgl. Linehan, 2006: 28 ff). Die hier genannten Regeln erscheinen für ein tagesklinisches Setting sinnvoll und wurden daher ausgewählt. Der Verstoß gegen einzelne Regeln hat aversive Konsequenzen zur Folge. Die nicht ausgeführten Hausaufgaben werden ebenso thematisiert wie durchgeführte Übungen, so dass Vermeidungsverhalten erfolglos bleibt (vgl. Petersen-Ostroga, 1999: 90).

Das Verfahren des Fertigkeitentrainings gliedert sich in den Erwerb von Fertigkeiten durch Instruktionen und Modelle, Verstärkung von Fertigkeiten durch Verhaltensübungen, gezielte Verstärker und Feedback und die Generalisierung der Fertigkeiten durch Hausaufgaben und Diskussion des Verhaltens (vgl. Linehan, 2006: 38). Einzusetzende therapeutische Wirkfaktoren sind hier Anregungs- und Feedbackfunktionen, Problemlösefunktionen, Solidarisierungs- und Stützungsfunktionen. Atmosphärisch ähneln die Sitzungen Unterrichtsstunden, wobei die Teilnehmer zur aktiven Beteiligung und zum Einbringen ihrer persönlichen Erfahrungen motiviert werden. Die Teilnehmer werden als Experten für ihre Probleme angesehen, wodurch die Bezugsetzung der Thematiken zur eigenen Problembewältigung gewährleistet werden soll (vgl. Stiglmayr, Schehr, Bohus, 2002: 129 f). Das Besprechen der Hausaufgaben erfolgt nach der Problemlösestrategie, wobei auch Interpretationen hilfreich sein können, um wiederkehrende Muster

aufzuzeigen und folgende Verhaltensanalysen zu erleichtern. Bei der Vermittlung neuer Inhalte gilt es, die Fertigkeiten zum besseren Verständnis mit dem beabsichtigten Ergebnis zu verknüpfen und kurzfristige wie langfristige Effekte zu verdeutlichen, um Enttäuschungen oder Missverständnisse bezüglich der Wirkung der Übungen zu vermeiden. Die Validierung, d.h. Wertschätzung erfolgt während des gesamten Gruppentrainings und beinhaltet die Darstellung eines Gegenpols zur invalidierenden Umgebung, in der die Teilnehmer aufgewachsen sind, durch die Therapeuten und die Gruppe als Ganzes (vgl. Linehan, 2006: 51 ff).

Die Gruppenleitung besteht aus zwei Therapeuten, wobei einer von ihnen die Validierung und einer die Vermittlung neuer Inhalte übernimmt. Gemäß der dialektischen Sichtweise verwendet demnach ein Therapeut die akzeptierenden und der andere die veränderungsorientierten Strategien zur Leitung der Gruppe. Diese Rollenverteilung kann wechseln, sollte aber zur Einübung zunächst einheitlich beibehalten werden (vgl. Stiglmayr, Schehr, Bohus, 2002: 131). Des Weiteren sind Supervision und Unterstützung durch ein Team unverzichtbar, um Entlastung bei schwierigen Situationen und Kontrolle im therapeutischen Gruppenprozess zu ermöglichen (vgl. Petersen-Ostroga, 1999: 96).

5.3. Anforderungen an das Konzept und konzeptioneller Vorschlag

Das psychoedukative Gruppenangebot für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in psychiatrischen Tageskliniken muss verschiedenen Anforderungen gerecht werden, wie bei der Darstellung der Besonderheiten bereits teilweise angeführt wurde. Zunächst werden jedoch weitere Anforderungen an ein tagesklinisches Konzept betrachtet und konzeptionelle Anregungen geschildert. Diese ergeben sich aus der Verweildauer der Patienten und dem zeitlichen Rahmen der Gruppensitzungen, der Zusammensetzung der Patienten sowie den individuellen Mitarbeiterressourcen in psychiatrischen Tageskliniken. Im Anschluss daran wird auf die erwähnten Besonderheiten eingegangen und diesbezügliche konzeptionelle Vorschläge entwickelt.

Die aktuellste zur Verfügung stehende Verweildauerstatistik der Hamburger Tagesklinikpatienten betrug im Jahr 2004 im Mittel etwa siebeneinhalb Wochen (vgl. Freie und Hansestadt Hamburg, 2006: 85), so dass ein Gruppenprogrammdurchlauf

in derselben oder in kürzerer Zeit sinnvoll erscheint, um allen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die Anwesenheit bei sämtlichen Gruppeninhalten ermöglichen zu können. Eine Gesamtdauer von sechs Wochen sollte angestrebt werden, um eventuelle Verzögerungen bei individuellem Bedarf der Teilnehmer innerhalb von sieben oder acht Wochen auffangen zu können.

Die Teilnehmerzusammensetzung verändert sich durch die Verweildauer der Tagesklinikpatienten ständig, so dass ein offenes Gruppenangebot notwendig ist. Die erfahrenen Mitglieder sollten, wie bei Linehan beschrieben, den Neuzugängen Gruppenregeln und Sitzungsinhalte erläutern, um größtmögliche Glaubwürdigkeit und Akzeptanz seitens der Teilnehmer zu erlangen. Analog des Konzepts von Linehan erscheint es sinnvoll, therapiegefährdendes Verhalten bei Sitzungsbeginn zu thematisieren, um dieses somit verringern zu können. Die oben angeführten Regeln von Linehan sollten im tagesklinischen Psychoedukationsangebot ebenso angewandt werden, um Fernbleiben, zu spät Kommen und andere, für die Gruppe hinderliche Aspekte zu vermeiden.

Die Gruppensitzungen sollten dem Konzept des Wochenplans in psychiatrischen Tageskliniken folgend wöchentlich stattfinden, so dass keine Versäumnisse anderer Angebote oder „Leerläufe“ für die Patienten entstehen. Entsprechend dem Großteil der tagesklinischen Konzepte in Deutschland ist ein wöchentliches und somit regelmäßiges Angebot sinnvoll. Der zeitliche Rahmen für die einzelnen Gruppensitzungen muss je nach den vorhandenen, zur Verfügung stehenden Zeitfenstern individuell konzipiert werden. Eine Zeitvorgabe von eineinhalb Stunden ist aufgrund der komplexen Thematik der Persönlichkeitsstörungen sowie der anzustrebenden Einbeziehung der Teilnehmer, analog Schmitz u.a. und Linehan, als Mindestmaß wünschenswert. Zudem sollte die Psychoedukationsgruppe parallel zu anderen psychoedukativen Angeboten stattfinden, um eine analoge und somit gleichmäßige Behandlung der verschiedenen Patienten zu gewährleisten.

Die Zusammensetzung der Patienten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und komorbiden Erkrankungen ist nicht vorherzusehen oder planbar, so dass ein flexibles Eingehen auf unterschiedlichste Zusammensetzungen gewährleistet werden

muss. Das bedeutet, dass die zugehörigen Module der jeweiligen Störungsbilder der teilnehmenden Patienten behandelt werden sollten.

Die Mitarbeiterressourcen sind jeweils im individuellen Rahmen der betreffenden Tagesklinik zu ermitteln und nach Möglichkeit auf eine Gruppenleitung durch zwei Mitarbeiter auszurichten. Die Notwendigkeit und die deutlichen Vorteile der gemeinsamen Gruppenleitung wurden bereits beim Thema „Kochgruppe“ (s. S. 26) dargelegt. Bei der Psychoedukationsgruppe ist die Leitung zu zweit besonders indiziert, da ein Mitarbeiter die informationsvermittelnde und der andere die beobachtende und auf individuelle Reaktionen reagierende Rolle einnehmen sollte. Ähnlich dem Konzept von Linehan sollten die Rollen klar getrennt sein und erst nach genügend Einübung ggf. auch innerhalb einer Gruppensitzung tauschbar sein.

Außerdem müssen Teamsitzungen und Supervision für die Gruppenleitung stattfinden und Raum für Besprechung und Reflexion des Gruppengeschehens sowie etwaigen Belastungen der Gruppenleitung gewähren. Supervision und Unterstützung durch ein Team erfüllen eine entlastende und kontrollierende Funktion, welche zur Bewältigung der professionellen Anforderungen bei der Leitung einer Psychoedukationsgruppe und zur Lösung von Konflikten und Verstrickungen mit Patienten oder Kollegen unabdingbar ist.

Aufgrund der Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen ist eine annehmbare Formulierung von besonderer Bedeutung, um eine größtmögliche Akzeptanz der Inhalte durch die Teilnehmer zu erhalten. Eine Formulierung wie „Persönlichkeitsstil“ und das dimensionale Modell als Grundlage wie es bei Schmitz u.a. angewandt wurde, erscheint als gute Lösung dieser Problematik. Auch der Einsatz von Rollenspielen, Narrativen und Übungen beider vorgestellter Konzepte sowie subjektive Problemschilderungen der Teilnehmer erleichtern die Bezugsetzung der behandelten Problematik auf das eigene Verhalten und lässt so leichter Störungseinsicht entstehen. Ähnliche praktische Übungen und Hausaufgaben, wie es die Übungseinheiten der vorgestellten Konzepte beinhalten, sollten daher zur Förderung der Umsetzung und zur Herstellung des Eigenbezugs unbedingt im Konzept der Psychoedukationsgruppe enthalten sein. Die Inhalte bilden hier zunächst einführende, informative und veranschaulichende Definitionen,

Fragebögen, Rollenspiele oder Narrative, Modelle und des Weiteren Übungen und zumeist praktische Hausaufgaben und Diskussion des Verhaltens als generalisierendes Training. Diese Inhalte sollten inhaltlich für jeweils die in der Tagesklinik relevanten, d.h. vorkommenden Persönlichkeitsstörungen, ausgearbeitet und je nach Teilnehmerdiagnosestruktur durchgeführt werden.

Bei einem störungsunabhängigen Behandlungsanlass gilt es, wie oben bereits geschildert, den Patienten vor der Teilnahme an der Gruppe über ihre Diagnose zu informieren und sie ihm verständlich zu machen. Auch bei Patienten mit ausgeprägten Persönlichkeitsstilen, die keinen Störungswert haben, kann gemäß Schmitz u. a. eine Psychoedukation ebenfalls sinnvoll sein. Auch dies kann ggf. mit den Patienten besprochen werden, so dass es nicht zu Missverständnissen und Abwehr gegenüber den Gruppeninhalten seitens der Patienten kommt.

Die eingeschränkte Veränderungsmotivation der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erfordert, wie bereits oben erwähnt, eine passende Sprache, um diskriminierende und stigmatisierende Wirkungen zu vermeiden. Der Begriff „Persönlichkeitsstil“ und die grundlegende Haltung, dass die Merkmale der Stile bei allen Menschen in unterschiedlicher Ausprägung vorkommen, gemäß Schmitz u. a. erleichtert die Annahme des Persönlichkeitsstörungskonzepts und fördert somit die Veränderungsmotivation der Patienten. Diese sollte zudem mit einer akzeptierenden und verständnisvollen Haltung ähnlich der Validierungsfunktion im Konzept von Linehan begegnet werden. So können die Veränderungstendenzen der Patienten unter Beibehaltung der Akzeptanz der Patienten und ihres Verhaltens, Fühlens und Denkens im Sinne der dialektischen Sichtweise gefördert werden.

Die Verschiedenheit der Persönlichkeitsstörungen bedingt die Notwendigkeit eines vielseitigen Konzepts, das sämtliche Formen von Persönlichkeitsstörungen beinhaltet. Welche der Persönlichkeitsstörungen in Form von Modulen erläutert und behandelt werden, sollte je nach aktueller Patientenzusammensetzung flexibel ausgewählt werden. Sämtliche Arten von Persönlichkeitsstörungen des ICD-10, also die unter F60.0 bis F60.7 aufgeführten, wie auch F60.8 in Form von der narzisstischen Persönlichkeitsstörung aufgrund deren großer Häufigkeit bei psychiatrischen Patienten mit 2 bis 22% (vgl. Tress u.a., 2002: 219), sollten zur

Psychoedukation in Betracht kommen. Das bedeutet eine entsprechende Ausarbeitung von Patienten- und Therapeutenmaterialien analog derer von Schmitz u.a., die hier jedoch aufgrund von Rahmenbegrenzungen dieser Arbeit nicht erläutert wurden, für die paranoide, die schizoide und die dissoziale Persönlichkeitsstörung. Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sollte aufgrund ihrer vergleichsweise hohen Prävalenz von etwa 1,7% in der Allgemeinbevölkerung (vgl. Tress u.a., 2002: 128) die Borderline-Persönlichkeitsstörung behandelt und die des impulsiven Typus' wegen großer Ähnlichkeiten und Kriterienüberlappungen mit dem Borderline-Typus vernachlässigt werden.

Des Weiteren ist die unterschiedliche Interaktionsweise der verschiedenen Störungen als Bereicherung für die Patienten anzusehen, da diese ebenfalls erlernen, welche Persönlichkeitsstile und -störungen unabhängig von ihren eigenen Problematiken vorkommen können. Diese Edukation unterschiedlichster Verhaltensmuster erweitert das Wissen der Teilnehmer bezüglich verschiedenster Persönlichkeitsmerkmale und ermöglicht somit deren Verständnis für andere zu vergrößern. Die Vielfalt und Verschiedenheit ist demnach bei der Psychoedukation als Vorteil zu betrachten.

Die hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen sowie die der Persönlichkeitsstörungen untereinander erfordert ein flexibles Eingehen und Berücksichtigung der individuellen Problematiken, Einschränkungen sowie Fähigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer durch die Gruppenleitung. Das Wissen um diese Besonderheiten sollte in Teambesprechungen unter sämtlichen Mitarbeitern ausgetauscht werden, so dass stets alle Teammitglieder auf dem aktuellen Stand der Patientenentwicklung sind und sich ein umfassendes Bild von den Patienten machen können. Anderen Erkrankungen zufolge, möglicherweise vorkommende Über- und Unterforderungen sowie problematische Konfrontationen, die dem Betroffenen und der Gruppe schaden, können somit vermieden werden. Die hohe Komorbidität der Störungsformen untereinander erfordert die Verdeutlichung des Vorkommens von Mischformen und Überlappungen der einzelnen Persönlichkeitsstile bzw. Störungsbilder, so dass eine differenzierte Psychoedukation erfolgen kann. Nach dem Konzept von Schmitz u. a. wird nach der Vorstellung des Stils ein Kurzfragebogen ausgefüllt, welcher Fremd- und Selbsteinschätzung

beinhaltet. Auf diesem Wege kann ein rigores „Schubladendenken“ verhindert werden, da kaum ein Teilnehmer einmal gar kein für sich zutreffendes Kriterium bei einem Stil finden wird. Nach dem dimensionalen Ansatz werden die Stile grundlegend als bei breiten Schichten der Bevölkerung vorkommende, mehr oder weniger ausgeprägte Eigenarten erklärt, so dass eine scharfe Abgrenzung untereinander bereits verringert wird. Dieser Grundgedanke des dimensional Modells erscheint somit auch diesbezüglich von großem Nutzen und sollte angewandt werden.

Zusätzlich zum psychoedukativen Gruppenangebot sollten dessen Inhalte in therapeutischen Einzelgesprächen mit den Patienten besprochen werden. In Anlehnung an die Einzeltherapie bei Linehan kann diese Rücksprache die Klärung von individuellen Problemen der Teilnehmer bezüglich der Psychoedukation und der Übungseinheiten gewährleisten. Die Gruppe wird somit von ggf. erforderlichen, persönlichen Problemlösungen entlastet und der Therapeut des Patienten ist auch über dessen Auffassung und Verarbeitung des Gruppenprogramms informiert. Im Einzelgespräch können dann weiterführende Fragen oder umfangreichere, persönliche Bezugnahmen ihren Raum finden.

6. Zusammenfassende Beurteilung der Anforderungen und der konzeptionellen Veränderungsvorschläge

Die drei Themenkomplexe „Gruppenarbeit“, „Einzelkontakt“ und „Psychoedukation“ werden im Folgenden zusammengeführt und beurteilt. Diese Beurteilung beinhaltet die neuen Anforderungen an Tagesklinikkonzepte aufgrund der Zunahme von Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ und die daher entwickelten konzeptionellen Vorschläge.

Die Anforderungen an Gruppenkonzepte erfordern zunächst ein flexibles Eingehen seitens der Gruppenleitung auf die unterschiedlichen Interaktionsmuster der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und die Berücksichtigung ihrer individuellen Fähigkeiten und störungsbedingten Defizite. Die strukturellen Vorgaben bezüglich der Arbeitsteilung der Patienten sind durch die Gruppenleitung zu leisten, was keine besondere Problematik darstellen dürfte. Flexibles Eingehen auf verschiedene Störungsformen der Patienten ist bei der sozialpädagogischen Beratung, wie auch

bei allen anderen Formen von therapeutischem Kontakt, insbesondere bei der Psychoedukation, erforderlich und bei gut ausgebildetem Personal ohne weitere Voraussetzungen zu leisten und umzusetzen. Das bedeutet, dass das Wissen um die verschiedenen Störungsbilder und mögliche Gegenübertragungen sowie die Kenntnis der Patientendiagnosen für Tagesklinikmitarbeiter unbedingt erforderlich sind.

Das Erkennen von sich anbahnenden Konflikten und Agieren der Patienten erfordert besondere Aufmerksamkeit der Gruppenleitung. Einzelgespräche sollten ebenfalls von ihr getätigt werden, sobald dies notwendig erscheint. Diesen Anforderungen sollte die Leitung durch aufmerksame Verfolgung und Interpretation des Gruppenprozesses gerecht werden. Die ausführliche Übergabe von individuellen, intrapsychischen Patientenkonflikten, die sich während eines Gruppenangebots zeigen, muss in Teambesprechungen Raum finden. Die Übergabe der Kochgruppe und der Psychoedukationsgruppe sollten demnach fester Bestandteil der Teamsitzungen sein, um der Vernachlässigung der Mitteilung von entsprechenden Inhalten entgegenzuwirken.

Supervisionen bilden zusätzlich zu den Teamsitzungen einen unverzichtbaren Raum, in dem Konflikte aus Gruppen oder Einzelkontakten reflektiert und kontrolliert werden können. Die Anwesenheit sämtlicher Tagesklinikmitarbeiter ist daher nötig, damit jedes Teammitglied die Möglichkeit zur Reflexion und Kontrolle von Konflikten erhält, und damit keine Schwierigkeiten durch Nicht-Teilnahme „unter den Tisch fallen“. Des Weiteren gilt es als generelle Anforderung an sämtliche Mitarbeiter, dass kein Therapiepessimismus gegenüber Patienten mit Persönlichkeitsstörungen betrieben wird. Frustrationen oder Unmut der Mitarbeiter müssen ebenfalls in Supervisionen zur Geltung kommen dürfen, so dass die alltägliche Arbeit davon entlastet wird.

Die Konfliktlösung bei auftretenden Spaltungsprozessen ist außerhalb der Koch- oder Psychoedukationsgruppe, d.h. in Einzelgesprächen, problemlos zu erfüllen, wenn eine zweite Mitarbeiter- oder Praktikantenkraft anwesend ist und die Gruppenleitung unterstützt. Die Gruppenleitung sollte trotz knapper Mitarbeiterressourcen, wenn möglich, und bei Psychoedukation unbedingt, zu zweit wahrgenommen werden.

Eine klare Strukturierung von Gruppen- und Beratungsprozessen erweist sich aufgrund der Interaktionsstörungen der Patienten als sinnvoll. Die Rollen- und Arbeitsverteilung in der Kochgruppe sollte unmissverständlich durch die Gruppenleitung sichergestellt werden. Die Selbstbehauptung ihrer eigenen Leitungsrolle sowie die Vergabe der Arbeitsbereiche an die Patienten bilden hier leistbare Steuerungselemente, die zum optimalen Kochgruppenkonzept beitragen. Der Einzelkontakt in Form von Sozialberatung bedarf ebenso eines strukturierten Rahmens, um möglichst optimal für Klarheit bezüglich der Beratung zu sorgen und die Beziehungsaufnahme somit von vornherein konfliktfreier und insbesondere mit weniger Grenzüberschreitungen zu gestalten. Bei der Psychoedukationsgruppe gilt es, durch die Aufteilung von informierender und beobachtender Rolle in zwei Leitungskräfte den Gruppenprozessen gerecht zu werden.

Die Grenzsetzung der Gruppenleitung bzw. des beratenden Sozialpädagogen sowie die Unterstützung der Patienten bei der Wahrnehmung und Wahrung ihrer Grenzen stellen Schlüsselkompetenzen im psychiatrischen Bereich dar und sollten ohne weiteres von tagesklinischen Mitarbeitern umgesetzt werden können.

Anforderungen im Einzelkontakt ergeben sich zudem aus der Ausgeglichenheit zwischen pädagogischer Anleitung oder motivierender Unterstützung und direkten Vorgaben oder eigenen Erledigungen des Beraters. Die beratenden Mitarbeiter müssen aus vorherigen Patientenkontakten, Teambesprechungen, beruflichen Erfahrungen und fachlichem Wissen ableiten, inwiefern sie einzelnen Patienten Dinge abnehmen bzw. sie zur Eigenständigkeit führen. Generell sollte nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ in psychiatrischen Tageskliniken aufgrund ihrer sozialpsychiatrischen Ausrichtung gearbeitet werden.

Die Entwicklung des psychoedukativen Gruppenangebots für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erfordert außerdem die Ausarbeitung des vorgeschlagenen konzeptionellen Rahmens als Voraussetzung zu dessen Durchführung. Diese Ausarbeitung könnte von einer Arbeitsgruppe erstellt werden. Der konzeptionelle Vorschlag beinhaltet zunächst den Aspekt des zeitlichen Rahmens, der aufgrund der Wochenplanstruktur problemlos in das bestehende Konzept eingearbeitet werden kann. Die Mitarbeiterressourcen könnten ein Hindernis darstellen, das aber

überwunden werden muss, um das erforderliche Angebot anbieten zu können. Die inhaltlichen Aspekte bilden die angemessene Sprache, diverse methodische Praktiken, Aufklärung über Diagnosen und gemischte Störungsformen und zusätzliche Einzelgespräche. Diese Inhalte sind für Therapeuten und andere therapeutisch Tätige in psychiatrischen Tageskliniken durchaus konzipier- und anwendbar. Ihre Kompetenzen bezüglich der Patientengruppe bedürfen ggf. Fortbildungen. Die Einzelgespräche finden regelhaft in Tageskliniken statt und stellen keine zusätzliche Anforderung dar, nur der Raum für die Besprechung der Psychoedukation muss geschaffen werden.

7. Schlussbetrachtung

Abschließend wird eine Schlussbetrachtung dieser Arbeit vollzogen. Diese unterteilt sich zunächst in die Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Untersuchung. Im Anschluss wird ein Ausblick bezüglich offen gebliebener Forschungsfragen dargestellt.

7.1. Zusammenfassung

Die Fragestellung, welche konzeptionellen Veränderungsvorschläge sich notwendigerweise aus den neuen Anforderungen an psychiatrische Tageskliniken aufgrund der Zunahme der Patienten mit der Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ ergeben, stellt den Inhalt dieser Arbeit dar. Die analysierten Anforderungen an psychiatrische Tageskliniken und die davon ableitbaren erforderlichen konzeptionellen Vorschläge beziehen sich auf das Konzept von Gruppenarbeit am Beispiel der Kochgruppe, das Konzept von Einzelkontakt am Beispiel sozialpädagogischer Beratung und das Konzept eines innovativen psychoedukativen Gruppenangebots.

Die Anforderungen an das Konzept der Kochgruppe sind bestimmt von den besonderen Merkmalen wie Interaktionsstörungen und Agieren, Gruppen- und Teamspaltung, „Co-Therapeuten-Rolle“ und Grenzüberschreitungen der Patienten

mit Persönlichkeitsstörungen. Diese Besonderheiten erfordern verschiedene Gegebenheiten des Gruppenkonzepts, die im Folgenden zusammengefasst werden.

Die unterschiedlichen Interaktionsstörungen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erfordern erstens ein flexibles Eingehen der Gruppenleitung auf die verschiedenen Patienten und zweitens eine strukturierende Leitungsfunktion, die den einzelnen Patienten in ihren Schwierig- und Fähigkeiten gerecht wird. Das Agieren seitens der Patienten muss durch das aufmerksame Erkennen dieses Prozesses durch die Gruppenleitung aufgefangen werden. Ggf. sind hier Einzelgespräche außerhalb der Gruppe notwendig. Eine Klärung der zu Grunde liegenden psychodynamischen Problematik sollte in Teambesprechungen weitergegeben werden, so dass der jeweilige Therapeut die Bearbeitung dieser Problematiken in Einzelgesprächen einleiten kann. Eine ausführliche Übergabe ist demnach erforderlich, um alle Teammitglieder über Gruppenkonflikte zu informieren und diese zu reflektieren. Die Spaltungstendenzen von Patienten sollten ebenfalls durch intervenierende, integrative Maßnahmen der Gruppenleitung vermieden oder begrenzt werden. Auch hier sind ggf. kurze Einzelgespräche außerhalb der Gruppe sowie Besprechungen im Team und in Supervisionen notwendig, um Spaltungsmechanismen entgegenzuwirken. Eine klare Struktur des Gruppenablaufs und der Rollen- und Arbeitsverteilung ist sinnvoll zur Wahrung der Leitungsfunktion und zur Verringerung von Konflikten und Grenzüberschreitungen. Eine präsente Gruppenleitung, bestenfalls zu zweit, ist hier dringend indiziert. Ebenso müssen Teambesprechungen die Übergabe des Gruppengeschehens beinhalten und Supervisionen für alle Mitarbeiter zur Bearbeitung von Konflikten zugänglich sein.

Die sozialpädagogische Beratung als Einzelkontaktsituation beinhaltet ebenfalls die notwendige Berücksichtigung von verschiedenen Besonderheiten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, um diese effektiv beraten zu können. Diese Besonderheiten im Einzelkontakt sind Interaktionsstörung und Beziehungsaufnahme, Grenzüberschreitung gegenüber dem Beratenden, Selbstzweifel und Blockaden des Patienten sowie Zweifel des Beratenden am Erfolg der „schwierigen Patienten“. Hier sind ebenfalls mehrere konzeptionelle Vorschläge erforderlich.

Zunächst bedingen die verschiedenen Störungsformen mit ihren interaktionellen Unterschieden die Erforderlichkeit fundierten Wissens des Sozialpädagogen über sämtliche Formen von Persönlichkeitsstörungen. Die psychodynamischen Hintergründe der Störungsbilder sollten ebenso bekannt sein, um die Beziehungsaufnahme zu erleichtern. Ohne dieses Wissen kann es zu Gegenübertragungen kommen, die vom Berater unreflektiert und unkontrolliert ausgelebt werden. Die Teambesprechungen bilden auch hier ein unverzichtbares Mittel zur Erhaltung eines Gesamtbildes der Patienten. Supervisionen schaffen Abhilfe, wenn es zu negativen Gegenübertragungen, Spaltungsvorgängen oder anderen Konflikten kommt. Der Grenzüberschreitung des Patienten muss der Beratende durch bewusste Grenzsetzung und Abgrenzung gegenüber Anforderungen des Patienten begegnen. Die ggf. manipulativen Interaktionen des Patienten zur Einforderung übertriebener Hilfestellung müssen erkannt und dürfen nicht bedient werden. Zur Überwindung von Selbstzweifel des Patienten bedarf es gezielter Anleitung und Unterstützung. Bei Widersetzen der Anleitung und blockieren der Hilfestellung kann die Bereitstellung vieler Optionen hilfreich sein. So hat der Patient vermehrt das Gefühl, selbständig zu entscheiden. Um die eigenen Zweifel des Beratenden bezüglich der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu überwinden, sollte dieser sich von Vorurteilen lösen und sich auf seine Fähigkeiten und die des gesamten Teams besinnen. Eine strukturierte Terminvergabe bei der sozialpädagogischen Beratung scheint zudem sinnvoll, um Konflikten und Grenzüberschreitungen zu vermeiden und die Beziehungsaufnahme zu verbessern. Das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollte stets angewandt werden, damit Grenzüberschreitungen und Selbstzweifel bereits auf diesem Wege verringert werden können.

Die Entwicklung eines psychoedukativen Gruppenkonzepts für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen birgt verschiedene zu berücksichtigende Besonderheiten seitens der Patientengruppe. Diese sind die Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen, eingeschränkte Veränderungsmotivation, Verschiedenheit der Persönlichkeitsstörungen und Komorbidität mit anderen Erkrankungen. Diese Besonderheiten und deren konzeptionelle Berücksichtigung in einem Psychoedukationsgruppenkonzept sowie grundlegende Rahmenbedingungen

werden im Folgenden dargelegt. Die konzeptionellen Vorschläge werden in Anlehnung an die vorgestellten Konzepte von Schmitz u. a. und Linehan gemacht.

Die Rahmenbedingungen stellen sich so dar, dass die Gruppe wöchentlich, parallel zu anderen Psychoedukationsgruppen für mindestens eineinhalb Stunden aufgrund der Wochenplanstruktur in Tageskliniken und der mittleren Verweildauer von siebeneinhalb Wochen angeboten werden sollte. Gruppenregeln sollten eingeführt und für neue Teilnehmer von bereits erfahrenen Teilnehmern erläutert werden. Das Brechen von Regeln sollte stets thematisiert werden. Die Gruppenleitung sollte zu zweit erfolgen, so dass eine informierende und eine beobachtende Rolle gleichzeitig erfüllt werden können. Teamsitzungen und Supervision sind auch hier zur Entlastung der Gruppenleitung und zur Reflexion des Gruppengeschehens unabdingbar. Die erste Besonderheit, die Ich-Syntonie, erfordert eine für die Patienten annehmbare Sprache, die Begriffe wie „Persönlichkeitsstil“ beinhaltet. Das dimensionale Modell der Persönlichkeitsstörungen erscheint diesbezüglich hilfreich, da es Persönlichkeitsstörungen als Extremformen von Eigenarten, die bei allen Menschen vorkommen, auffasst. Auch der Einsatz von Methoden wie Fragebögen, Rollenspiele, Narrative, Übungen und praktische Hausaufgaben erleichtert die eigene Bezugsetzung der behandelten Inhalte und Störungseinsicht wird gefördert. Bei störungsunabhängigem Behandlungsanlass müssen die Patienten vor der Gruppenteilnahme über ihre Diagnose bzw. ihren ausgeprägten Persönlichkeitsstil aufgeklärt und informiert werden. Die eingeschränkte Veränderungsmotivation wird mit denselben methodischen Mitteln wie denen zur Bewältigung der Ich-Syntonie überwindbar. Außerdem sollte eine validierende Haltung die veränderungsorientierte Sichtweise ergänzen, damit Akzeptanz der Patienten trotz angestrebter Veränderung verdeutlicht wird. Die verschiedenen Formen von Persönlichkeitsstörungen und deren Unterschiedlichkeit erfordert eine vielseitige Ausarbeitung des Konzepts bzw. der Module, die durchgeführt werden. Die zu berücksichtigenden Formen sollten sämtliche von ICD-10 F60.0 bis 60.7 sein, sowie die narzisstische Persönlichkeitsstörung, da diese im psychiatrischen Bereich relativ häufig vorkommt. Die emotional instabile Form sollte als Borderline-Typus bearbeitet werden, da dieser im Vergleich zum impulsiven Typus eindeutig häufiger vorkommt. Die Unterschiedlichkeit der Störungsbilder gilt hier als Bereicherung der Teilnehmer, da diese ihre Kenntnis bezüglich anderer Interaktionsstile erweitern und somit eher

Verständnis für andere Eigenarten entwickeln. Bearbeitet werden sollten jedoch jeweils die Formen, die für die aktuellen Teilnehmer von subjektiver Bedeutung sind, d.h. diejenigen Störungsbilder, die die Teilnehmer selbst betreffen. Die hohe Komorbidität mit anderen Störungen sowie der Persönlichkeitsstörungen untereinander erfordert flexibles Eingehen auf individuelle Probleme durch die Gruppenleitung. In Teambesprechungen sollten Erfahrungen über aktuelle Patientenentwicklungen ausgetauscht werden, um diese Individualität differenziert greifen zu können. Die Kriterienüberlappungen der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen müssen im Rahmen der Psychoedukation erklärt werden, so dass kategorisches Denken bezüglich der Diagnose verringert wird. Kurzfragebögen fördern außerdem die Sichtweise, dass jeder Mensch Verhaltensmerkmale mehr oder weniger ausgeprägt aufweist und schmälern das Einteilen in Kategorien. Zusätzlich zu diesen durch die Besonderheiten bedingten Aspekten sollten therapeutische Einzelgespräche auch die Nachbesprechung der Psychoedukationsgruppe beinhalten, um diese von ggf. erforderlichen persönlichen Problemlösungen zu entlasten und offene Fragen zu klären.

7.2. Ausblick

Die weiteren Entwicklungen des Diagnosespektrums in psychiatrischen Tageskliniken in Deutschland werden wahrscheinlich dynamisch bleiben. Die Einführung von Fallpauschalen im Bereich der Behandlung somatischer Erkrankungen ist bereits erfolgt, eine Ausweitung auf den psychiatrischen Bereich ist völlig offen. Aufgrund der schlechten finanziellen Situation der Krankenkassen sind jedoch weitere Einsparungen zu erwarten, die eine Veränderung der psychiatrisch-tagesklinischen Patientenstruktur mit sich bringen. Es ist anzunehmen, dass die tendenzielle Zunahme der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in Tageskliniken aufgrund des ökonomischen Drucks weiter fortschreitet und demnach weitere konzeptionelle Anpassungen erforderlich werden.

Abkürzungsverzeichnis

UKE	Universitätsklinikum Eppendorf
ICD-10	Internationale Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, 10. Revision
DSM IV	Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen der Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation, 4. Version

Literaturverzeichnis

Belardi, Nando u.a. 2001: Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 3. Aufl. Weinheim/ Basel: Beltz

Bock, Thomas u.a. 1991: Tagesklinik: Grenzgänger psychiatrischer Versorgung? Auf der Suche nach der eigenen Identität. In: Böhme, Klaus (Hrsg.): Psychiatrische Tageskliniken in Hamburg. Konzepte, Fakten, Werkstattberichte. Regensburg: Roderer. 17-28

Böhme, Klaus 1991: Das Prinzip Tagesklinik. In: Böhme, Klaus (Hrsg.): Psychiatrische Tageskliniken in Hamburg. Konzepte, Fakten, Werkstattberichte. Regensburg: Roderer. 9-14

Bronisch, Thomas 1999: Krisenintervention. Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Giernalczyk, Thomas (Hrsg.): Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Tübingen: Dgvt-Verlag. 127-141

Bronisch, Thomas 2003: Definition, Klassifikation und allgemeine Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz, Sabine/ Saß, Henning (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/ New York: Thieme. 4-16

Dammann, Gerhard/ Buchheim, Peter 2003: Psychoanalytische Konzeptbildung der Persönlichkeitsstörungen. In: Herpertz, Sabine/ Saß, Henning (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/ New York: Thieme. 26-40

Diebels, Ernst u.a. 2004: Aspekte einer aktuellen Bestandsaufnahme psychiatrisch-tagesklinischer Arbeit in Deutschland. In: Eikermann, Bernd/ Reker, Thomas (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. 19-24

Eikermann, Bernd 2004 a: Die tagesklinische Behandlung als Beispiel moderner psychiatrischer Therapie. In: Eikermann, Bernd/ Reker, Thomas (Hrsg.):

Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis.
Stuttgart: Kohlhammer. 1-10

Eikermann, Bernd 2004 b: Die psychiatrische und psychotherapeutische Tagesklinik
– die organisatorische Perspektive. In: Eikermann, Bernd/ Reker, Thomas
(Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und
Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. 25-29

Engfer, Renate 2005: Die psychiatrische Tagesklinik. Kontinuität und Wandel. 2. Aufl.
Bonn: Psychiatrie-Verlag

Fiedler, Peter 2000: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.
Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: Hogrefe

Fiedler, Peter 2001: Persönlichkeitsstörungen. 5. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie
Verlags Union

Finzen, Asmus 1986: Tags in die Klinik – abends nach Hause. Die Tagesklinik. Bonn:
Psychiatrie-Verlag

Finzen, Asmus 2003: Eine kurze Geschichte der Tagesklinik. Bonn: Psychiatrie-
Verlag

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft und Gesundheit,
Fachabteilung Versorgungsplanung (Hrsg.) 2005: Therapieführer. Psychiatrie
und Psychotherapie. Diagnostische, therapeutische und rehabilitative
Angebote in Hamburg. 10. Aufl. Hamburg

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Wissenschaft und Gesundheit, Amt für
Gesundheit und Verbraucherschutz, Abteilung Gesundheit, Fachabteilung
Versorgungsplanung, Gesundheitsstatistik (Hrsg.) 2006: Krankenhausbericht
für Hamburg 2003-2004. Inkl. Krankenhausbericht 2002 Teil II. Hamburg

Gaschler, Katja 2003: Abschied vom Psychopathen. In: Gehirn & Geist. 2. Jg. 24-27

- Giernalczyk, Thomas (Hrsg.) 1999: Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen.
Tübingen: Dgvt-Verlag
- Herpertz, Sabine u.a. 2001: Prädiktoren von Persönlichkeitsstörungen.
Temperament und Persönlichkeit als Anlagefaktor. In:
Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. 5. Jg. 205-215
- Herpertz, Sabine/ Saß, Henning 2003 a: Allgemeine Epidemiologie, Verlauf und
Prognose. In: Herpertz, Sabine/ Saß, Henning (Hrsg.):
Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/ New York: Thieme. 165-166
- Herpertz, Sabine C./ Saß, Henning 2003 b: Psychiatrische Konzepte von
Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie.
7. Jg. 140-150
- Küchenhoff, Joachim 2002: Die tagesklinische Behandlung von Patienten mit
Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen. Theorie
und Therapie. 6. Jg. 27-41
- Linehan, Marsha 1996: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-
Persönlichkeitsstörung. Im Orig. u. d. T.: Cognitive-Behavioral Treatment of
Borderline Personality Disorder. Übersetzt von Shaw, Rose/ Gnotzmann,
Anna/ Frank, Guido, Nachdruck d. 1. Aufl. von 1993, München: CIP-Medien
- Linehan, Marsha 2006: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der
Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Orig. u. d. T.: Skills Training Manual for
Treating Borderline Personality Disorder. Übersetzt von Bohus, Martin/ Pohl,
Ulrike/ Sender, Ingrid, Nachdruck der 1. Aufl. von 1996. München: CIP-Medien
- Mentzos, Stavros 1997: Psychodynamik von Persönlichkeitsstörungen. In: Hartwich,
Peter u.a. (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie und
Pharmakotherapie. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis. 31-44

Nuber, Ursula 2006: Sind wir nicht alle ein bisschen bluna? In: Psychologie Heute 12. Jg. 20-27

Petersen-Ostroga, Gabriele 1999: Dialektisch-Behaviorale Therapie bei Borderline-Patienten. In: Giernalczyk, Thomas (Hrsg.): Zur Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Tübingen: Dgvt-Verlag. 85-97

Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch 2002. 259. Aufl. Berlin: De Gruyter

Reker, Thomas 2004 (a): Die Tagesklinik in der psychiatrischen Versorgung. In: Eikelmann, Bernd/ Reker, Thomas (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. 11-18

Reker, Thomas 2004 (b): Soziotherapie in der Tagesklinik. In: Eikelmann, Bernd/ Reker, Thomas (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. 45-54

Ritz-Schulte, Gudula 2004: Problembearbeitung und Beziehungsgestaltung bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle/ Oxford/ Prag: Hogrefe

Sachse, Rainer 2004: Persönlichkeitsstörungen. Ein Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle/ Oxford/ Prag: Hogrefe

Sachse, Rainer/ Leisch, Markus/ Urbaniak, Birgit 2005: Schriftenreihe Klärungsorientierte Psychotherapie. Bd. 7. Persönlichkeitsstörungen. 2. Aufl. Dortmund: tales institut

Saß, Henning u.a. 1997: Zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen. In: Hartwich, Peter u.a. (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie und Pharmakotherapie. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis. 11-29

Saß, Henning/ Houben, Isabel/ Herpertz, Sabine 1999: Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In: Saß, Henning/ Herpertz, Sabine (Hrsg.):

- Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen. Stuttgart/ New York: Thieme. 1-15
- Saß, Henning/ Jünemann, K. 2000: Klassifikation und Ätiopathogenese von Persönlichkeitsstörungen. In: Nissen, Gerhardt (Hrsg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen, Erkennung, Behandlung. Stuttgart/ Berlin/ Köln: Kohlhammer. 9-27
- Schäfer, Ulrike/ Sachsse, Ulrich 2006: Selbsthilfe, Therapieformen und Umgangsmöglichkeiten für Angehörige bei der Borderline-Störung. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 2.Jg. Heft 3. 7-9
- Schmitz, Bernt u.a. 2001: Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Therapieprogramm zur Förderung von Selbstakzeptanz, Menschenkenntnis und persönlicher Entwicklung. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Sickendiek, Ursel/ Engel, Frank/ Nestmann, Frank 2002: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 2. Aufl. Weinheim/ München: Juventa.
- Stiglmayr, Christian/ Schehr, Kirsten/ Bohus, Martin 2002: Fertigkeiten-Training im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie. 6. Jg. 126-134
- Tress, Wolfgang u.a. 2002: Persönlichkeitsstörungen. Leitlinie und Quellentext. Stuttgart/ New York: Thieme
- <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamt12006/fr-icd.htm>
(Stand: 18.07.2006): ICD-10 1994: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

Erklärung über das selbständige Verfassen der Arbeit

Hiermit versichere ich, diese Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

Wochenplan der Psychiatrischen Tagesklinik Hamburg-Mitte GmbH

WOCHENPLAN

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
18:00	Ankommen	Frühstück 8:15	Ankommen		Ankommen
9.00	Bezugsgruppen	Bezugsgruppen 9:15	Bezugsgruppen	Selfständigkeits- training:	Bezugsgruppen
10:00	Gestalten/Werken A	Visite 9:30	Verhaltenstraining	- Behördengänge - Arztbesuche - Haushalt	Gestalten/Werken B
	Kochen B	Bewegung* * alle 2 Wochen im Wechsel	Bewegungsgruppe bis 11:30 Uhr		Kochen A
		Sozialarbeiter- und ergotherapeutische Sprechstunde		Bezugsgruppen 11:30	
12:00 14:00	Mittagspause zur Selbstgestaltung				
14.30	Redaktionsgruppe	Depressionsgruppe	Außenaktivitäten Gruppen A+B ab 14:15	Singen	Vollversammlung und Wochenabschluss 14:00
	Wohlfühlgruppe	Psychosegruppe		Arbeit/Freizeit/ Wohnen	
		Medikamenten ausgabe nach den Gruppen			
15:30	Ausklang / Chill-out				
15:45 16:00	Psychiatrische Tagesklinik HH-Mitte Budapester Str. 38, 20359 Hamburg Fon: 3178520 / Fax: 31785210 Tel./Anmeldg. Mo+Do 11.30-12.30				

Wochenplan.xls 01.04.2005

Wochenplan der psychiatrischen Tagesklinik des Universitätsklinikums Eppendorf

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

PS 3

Wochenplan der Tagesklinik

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
Frühstück 8:30	ab 8:15 Blutentnahme Frühstück 8:30	großes Frühstück 8:30	frei für Behördentermine (A)	Frühstück 8:30
Medikamentengruppe 9:15 - 10:00 Gruppe A 10:00 - 10:45 Gruppe B	Sozialinfo 9:15 - 10:15	Ergotherapie Handlungsorientierte Gruppe 9:30	Metakognitives Training (B) 9:15 - 10:15	Schwimmen 8:55 - ca. 10:30 im Kalfubad
Eutonie 11:00 - 12:15	Metakognitives Training (B) 10:30 - 11:30		Kerngruppen A/B 10:30 - 12:00	
Entspannung 11:15 - 12:00	Persönlichkeitsinfo (A) 10:30 - 11:30			Kochgruppe 9:15 - 12:30
12:15 Uhr Mittagessen und Pause	12:15 Uhr Mittagessen und Pause	12:15 Uhr Mittagessen	12:15 Uhr Mittagessen und Pause	12:30 Uhr Mittagessen
Kerngruppen A/B 14:00 - 15:30	Stabilisierungsgruppe 14:00 - 15:00	Vollversammlung 13:00 - ca. 13:45	Bewegung in der Sporthalle 14:00 - 15:00	Einzelgespräche n. Absprache 13:00 - 15:00
	Kunsttherapie (geschl. Gruppe) 13:30 - 15:30	Rollenspiel 14:00 - ca. 16:00	Einzelgespräche n. Absprache ab 15:00	
		Soziales Kompetenztraining 14:00 - 15:30		

Teilnahme nach Absprache an der Ergotherapeutischen Nachsorgegruppe Donnerstag 15 - 17

Teilnahme nach Absprache an der ambulanten kunsttherapeutischen Gruppe Mittwoch 14:30 - 15:30

Wichtiger Hinweis:

Wenn Sie aus irgendeinem Grund nicht pünktlich kommen können, bitten wir Sie, uns auf jeden Fall sofort telefonisch zu benachrichtigen. Tel: 4 28 03 - 22 31

Stand: Mai 20